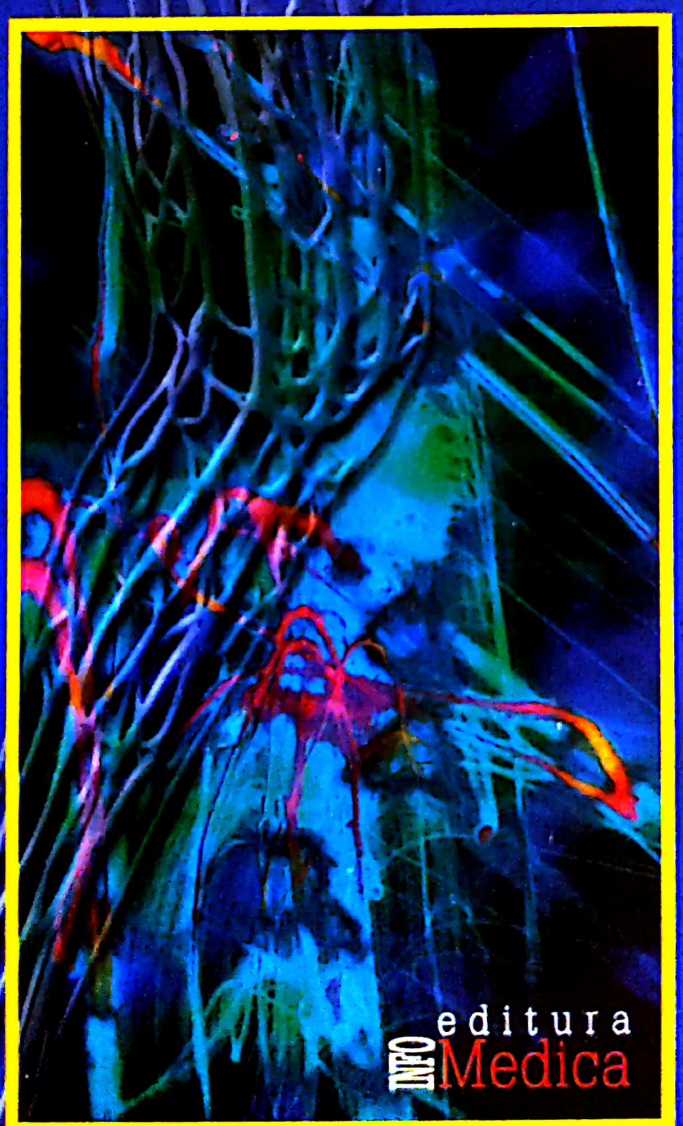
3.17.1

Gheorghe Bucur

Flebologie practicã

medicalã și dermatologicã



editura Info Medica

Volumul I

VARICELE SIMPLE

Dr. Gheorghe Bucur

Flebologie practică

(medicală şi dermatologică)

Volumul 1

Varicele simple

INFO Medica
2003

Scanned with OKEN Scanner

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale
BUCUR, GHEORGHE
Flebologie practică / Gheorghe Bucur - Bucureşti:
Infomedica, 2002
vol.
ISBN: 973-9394-95-7
Vol. 1:Varicele simple - 2003 - Bibliogr. ISBN: 973-9394-96-5

616.14

FLEBOLOGIE PRACTICĂ (medicală şi dermatologică).
Volumul I. Varicele simple
Bucur, Gheorghe

ISBN: 973-9394-95-7
973-9394-96-5

Toate drepturile rezervate Editurii INFOMEDICA.
Nici o parte din acest volum nu poate fi copiată
fără permisiunea scrisă a Editurii INFOMEDICA.

Drepturile de distribuţie în străinătate aparţin în exclusivitate editurii.

Copyright ©2003 by INFOMEDICA s.r.l. All rights reserved.

Apărut 2003

Tipar realizat de INFOMedica

Editura INFOMEDICA Bucureşti
Şos. Panduri 35, Bl. P1B, Sc. A, Ap. 33-34
Tel./Fax: 01/410.04.10; 410.53.08;
41061,63

Prezentarea grafică a copertei: Irinei Crivăţ

Tehnoredactare: Gabriela Covrig
ing. Nicoleta Anghel

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS - Volumul I

Capitolul 1

Date sumare privind anatomia şi fiziologia sistemului venos al membrelor inferioare 1

- Anatomia circulaţiei membrelor inferioare 1
- Sistemul arterial al membrelor pelvine 1
- Circulaţia de întoarcere a membrelor pelvine 1
- Sisteme anastomotice în circulaţia cutanată 3
- Sistemul venos al membrelor inferioare 6
  - Sistemul venos superficial sau sistemul venelor safene 6
  - Sistemul venos profund sau subaponevrotic 9
- Caractere structurale ale sistemului venos al membrelor inferioare 11
- Fiziologia circulaţiei venoase a membrelor inferioare 17
  - Date generale privind patologia ortostatismului 17
  - Particularităţi funcţinale ale circulaţiei venoase a membrelor inferioare 17
  - Modalităţi de decompensare a circulaţiei venoase a membrelor inferioare .. 24

Capitolul 2

Varicele simple **27**

- Date generale 27
- Clasificarea varicelor 27
- Factori de risc ai varicelor 29
- Manifestări clinice ale varicelor (decompensarea funcţională a circulaţiei varicoase sau mica insuficienţă venoasă) 32
- Examenul clinic 37
  - Varicele primare 37
    - Varice de categoria I sau nesistematizate 37
    - Varice de categoria II, varicele tronculare, varicele sistematizate sau boala varicoasă propriu-zisă 39
  - Varicele secundare sau postflebitice 42
  - Varicele congenitale 48
  - Fiziopatologia insuficienţei venoase primitive 55
- Diagnosticul clinic al decompensării venoase 57
- Ttratamentul varicelor simple 57
  - Clinostatismul 59
  - Tratamentul medicamentos (flebotonice) 60
  - Tratamentul compresiv (contenţia elastică) 70
  - Tratamentul chirurgical 81
  - Tratamentul sclerozant 90
  - Tratamentul balnear 100
  - Tratamentul igienic 103
- Rezultatele tratamentului varicelor asupra tulburărilor funcţionale 107

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 3

Varicele asociate **109**
- Varicele şi sarcina 109
- Varicele şi afecţiunile arteriale 114
- Varicele şi obezitatea 115
- Varicele şi bolile reumatismale 120
- Varicele şi chistul popliteu (pseudoflebita) 122
- Varicele şi sindromul premenstrual 124
- Sindromul congestiei venoase pelvine 126

Bibliografie 127
Planşă color 133

Volumul II. Flebitele şi sindromul postflebitic

Volumul III. Insuficienţa cronică venoasă şi ulcerul varicos

Scanned with OKEN Scanner

Prefață

Flebologia reprezintă un domeniu multidisciplinar, care încă este disputat de diferite specialități medicale. Fiecare dintre aceste specialități își revendică de fapt doar părți ale întregului, pe care din păcate îl pierd de cele mai multe ori din vedere.

Iată de ce era nevoie de o lucrare integrativă, care să ofere o viziune de ansamblu a patologiei venoase.

Suferințele venoase sunt mai frecvente decât o relevă studiile epidemiologice de incidență și prevalență. Chiar destinul biped al speciei umane implică intervenția unor factori ce urmează întâi să suprasolicite sistemul circulator venos expus gravitațional. Toți factorii ce acționează ulterior, de la educație, muncă și până la agrement intervin agresiv, adăugându-se modificărilor patologice inerente ce survin la nivelul structurilor venoase sau, la cei mai binecuvântați genetic, doar modificărilor legate de îmbătrânire.

De la normal fiziologic și până la suferințe organice, de la zestrea genetică și până la accidentele fortuite, de la bolile metabolice și până la oricare din bolile sistemice, de la bolile vasculare și până la modificările specifice înaintării în vârstă, toate aceste situații se pot descoperi și în interiorul teritoriului acoperit de "flebologie".

Patologia venoasă poate să fie abordată fiziopatologic, cu metodele internistului, cu metodele specifice chirurgiei vasculare, și evident cu ajutorul dermatologului atunci când insuficiența venoasă determină o patologie cutanată.

Doctorul Gheorghe BUCUR, eminent dermatolog și-a dedicat o bună parte din cariera flebologiei practice. Studiile îndelungate și experiența practică, lucrarea de doctorat în domeniu, documentarea permanentă îi oferă șansa să abordeze acest subiect cu o competență maximă, trecând livrescul prin filtrul experienței personale.

Autor prolific și prodigios, meticulos și talentat, doctorul Bucur își asumă prezentareă exhaustivă a cunoștințelor actuale reprezentate de flebologia medicală și dermatologică.

După ce expune sumar anatomia și fiziologia sistemului venos al membrelor inferioare, autorul insistă asupra factorilor și modalităților de decompensare a circulației venoase. După aceasta își structurează monografia în capitole referitoare la patologia venoasă de la Varice simple, Flebite și pseudoflebite până la Insuficiența cronică venoasă și Dermatita de stază.

Scanned with OKEN Scanner

Aspectele clinice, modalităţile de diagnostic, posibilităţile de intervenţie terapeutică şi chiar măsurile de prevenire sunt minuţios detaliate, astfel încât ai senzaţia că s-a spus totul, pe un ton academic dar şi agrementat de exprimarea pragmatică comună caracteristică clinicianului. Se uşurează astfel lectura şi înţelegerea textului care la prima vedere ar putea descuraja pe cititor prin volumul impresionant de informaţie.

Prezenţa acestei lucrări în biblioteca oricărui medic, de orice specialitate reprezintă o piesă de rezistenţă. Consider că lucrarea doctorului Bucur va rămâne o lucrare de referinţă în literatura medicală românească şi, evident, una dintre cele mai valoroase lucrări de flebologie publicate.

Prof. Dr. Dan Forsea
Membru Titular al Academiei de Ştiinţe Medicale
Preşedinte al Societăţii Române de Dermatologie

Scanned with OKEN Scanner

Introducere

Flebologia se ocupă de patologia venelor periferice fiind de fapt o specialitate de frontieră ce are conexiuni cu o întreagă serie de specialităţi medicale: chirurgia, ortopedia, medicina internă, ginecologia şi obstetrica, dermatologia, balneologia, fizioterapia şi altele.

În ţările unde există o reţea de flebologie aceasta rezolvă singură cea mai mare parte din problemele patologiei venoase şi numai uneori apelează la colaborarea directă cu alte specialităţi medicale. În ţara noastră însă, unde nu există flebologia ca specialitate medicală de sine stătătoare, fiecare specialitate medicală ce are corelaţii cu patologia venoasă este obligată să-şi rezolve "de unul singur", aşa cum poate, multiplele şi complicatele probleme ce apar în activitatea practică. Cu alte cuvinte fiecare specialist din domeniile arătate anterior trebuie să fie şi flebolog. În realitate puţini dintre aceşti specialişti posedă cunoştinţele de flebologie care să le permită rezolvarea problemelor respective în acord cu progresele moderne ale specialităţii. Singurul domeniu la care flebologia se găseşte în ţara noastră la nivel mondial este cel al chirurgiei vasculare, existând clinici de profil în toate centrele universitare, cu specialişti de o înaltă profesionalitate. În cadrul celorlalte specialităţi există însă mari deficienţe care îşi aşteaptă rezolvarea. Poate cele mai mari deficienţe se găsesc în domeniul flebologiei dermatologice. Se ştie că ulcerul varicos, cea mai frecventă şi mai gravă complicaţie cutanată a insuficienţei cronice venoase necesită mari cheltuieli de la bugetul sanitar şi produce incapacitate temporară de muncă egală cu cea produsă de diabet şi ulcerul gastric la un loc. Fiecare ulcer varicos internat necesită, pentru a fi vindecat, o spitalizare medie de 60 zile, iar în prezent majoritatea bolnavilor cu insuficienţă cronică venoasă sunt pensionaţi, uneori de la vârsta de 25 ani. Tratarea incorectă a acestor bolnavi, ce afectează 2-3% din populaţia adultă, îi transformă în adevăraţi infirmi, care necesită îngrijire medicală permanentă. Între 20 şi 25% dintre cazurile internate în spitalele de dermatologie au ulcer varicos, iar peste 30% din zilele de spitalizare efectuate în aceste servicii sunt date de bolnavi cu probleme de flebologie. În prezent s-a demonstrat că dacă dermatologii îşi însuşesc şi aplică o serie de metode terapeutice de flebologie modernă cheltuielile pentru vindecarea acestor cazuri pot fi reduse de 7 ori iar frecvenţa recidivelor poate fi diminuată de 4-5 ori. Iată de ce recent distinsul flebolog elveţian A.A. Ramelet publica un studiu intitulat "Flebologia, o parte esenţială a dermatologiei". Se arată aici cum dermatologul este obligat să stabilească etiologia ulcerului varicos, să determine mecanismele de instalare a insuficienţei cronice venoase, să aplice metode de terapie flebologică eficace, să selecţioneze cazurile ce necesita cura chirurgicală a varicelor şi să aplice metodele de prevenire a recidivelor în ulcerul varicos. Este necesar ca dermatologul să ştie să execute câteva probe clinice pentru circulaţia venoasă, să ştie să facă sclerozări de varice, să ştie să prescrie ciorapii de

Scanned with OKEN Scanner

varice şi să aplice feşile elastice, să poată efectua grefe cutanate pentru cazurile de ulcere rezistente la tratamentele dermatologice etc.

Trebuie să recunoaştem că în ţara noastră este greu de ajuns la acest stadiu, câtă vreme nu avem o fabrică modernă pentru confecţionarea mai multor tipuri de ciorapi de varice sau de feşe elastice, nu se aplică nicăieri utilizarea reductorului de edeme, nu se găsesc pe piaţă substanţe sclerozante, nu există o revistă de flebologie iar studenţilor şi medicilor rezidenţi li se face educaţia flebologică printr-o singură oră de curs.

La o bună parte din multiplele probleme de flebologie medicală şi dermatologică, uitate şi neglijate în ţara noastră, monografia de faţă încearcă să le dea răspuns. Sunt expuse noţiunile teoretice elementare, metodele simple de explorare vasculară şi procedurile terapeutice pe care orice medic practician le poate aplica.

Datele din literatura de specialitate sunt prezentate prin prisma experienţei personale obţinută după 40 de ani de practica în domeniul flebologiei dermatologice exercitată în una dintre cele mai mari clinici de boli cutanate din ţara noastră.

Pe parcursul cărţii se combate ideea nefastă că ulcerul varicos este o boală nevindecabilă căreia "nu ai ce-i face", arătându-se că în fond acesta este o boală vindecabilă dacă este tratată corect şi a cărei prevenire se poate face cu succes.

Aceşti bolnavi trebuie să fie dispensarizaţi, trataţi sub supraveghere medicală, învăţaţi să aplice corect contenţia elastică, să vină regulat la tratament etc. Aplicând corect metodele de tratament şi prevenţie majoritatea bolnavilor cu insuficienţă cronică venoasă pot duce o activitate aproape normală necesitând o internare la 3-4 ani. În afară de dermatologi şi alţi specialişti (internişti, medici de familie, chirurgi, obstetricieni, ortopezi, balneologi etc.) găsesc aici o serie de date utile de flebologie pe care le pot folosi cu succes în activitatea practică.

Această monografie va fi publicată în trei volume care vor apărea la un interval de 6 luni:

- *Volumul I – Varicele simple*
- *Volumul II – Flebitele şi sindromul postflebitic*
- *Volumul III – Insuficienţa cronică venoasă şi ulcerul varicos.*

Speranţa că această monografie va umple un gol de mult resimţit în literatura noastră medicală a constituit, pentru autor, un îndemn şi un sprijin moral permanent în strădania lui îndelungată depusă pentru elaborarea acestei monografii.

Autorul
Dr. G. Bucur

Scanned with OKEN Scanner

Date sumare privind anatomia și fiziologia sistemului venos al membrelor inferioare

Capitolul 1

A. Anatomia circulației membrelor inferioare

Circulaţia membrelor inferioare are o multitudine de particularităţi care o deosebesc profund de circulaţia periferică a altor zone ale corpului uman, precum şi de circulaţia membrelor la animale (patrupede). Acest lucru se datorează faptului că omul este biped, pe când anatomia sistemului circulator al membrelor inferioare este structurată pentru patrupede. Trecerea la poziţia de biped a necesitat intervenţia a nenumărate procese de adaptare, atât anatomice, cât şi fiziologice, menite să combată staza produsă de poziţia verticală şi să asigure o circulaţie normală a membrelor inferioare. Aceste procese adaptative sunt însă incomplete şi nu pot asigura o circulaţie de întoarcere fără cusur, capabilă să învingă presiunea hidrostatică produsă de poziţia verticală a omului. Ortostatismul prelungit duce cu timpul la dilataţia venelor şi la apariţia varicelor. Din această cauză boala varicoasă este întâlnită numai la om fiind absentă la celelalte animale. Pe parcursul acestei lucrări vom reveni de mai multe ori asupra acestei probleme deosebit de complexe şi de importante pentru acest capitol de patologie vasculară.

Circulaţia membrelor inferioare este formată din două compartimente: sistemul arterial care asigură aportul de sânge oxigenat de la organele centrale la periferie şi sistemul de întoarcere sanguină prin care sângele periferic revine de la nivelul membrelor inferioare către inimă şi plămâni pentru oxigenare.

Sistemul arterial al membrelor inferioare

Sistemul arterial al membrelor inferioare are punct de plecare aorta abdominală din care se desprind cele două artere iliace comune. Una dintre ramurile acestei artere este iliaca externă. Din aceasta se formează artera femurală comună ce se divide în două ramuri: artera femurală profundă, care irigă musculatura coapsei şi artera femurală superficială, care irigă o parte din musculatura coapsei, gamba şi piciorul.

Din artera femurală superficială se formează, la nivelul inferior al coapsei artera poplitee. Aceasta se divide în trei ramuri (trepiedul tibial): artera tibială anterioară (care se prelungeşte cu artera pedioasă şi arterele piciorului), artera peronieră şi artera tibială posterioară (din care pleacă ramurile arterelor plantare externe şi interne) (Figura 1).

Circulaţia de întoarcere a membrelor inferioare

Circulaţia de întoarcere a membrelor inferioare este formată din două reţele: cea venoasă şi cea limfatică.

Scanned with OKEN Scanner

Anatomia sistemului arterial al membrelor inferioare

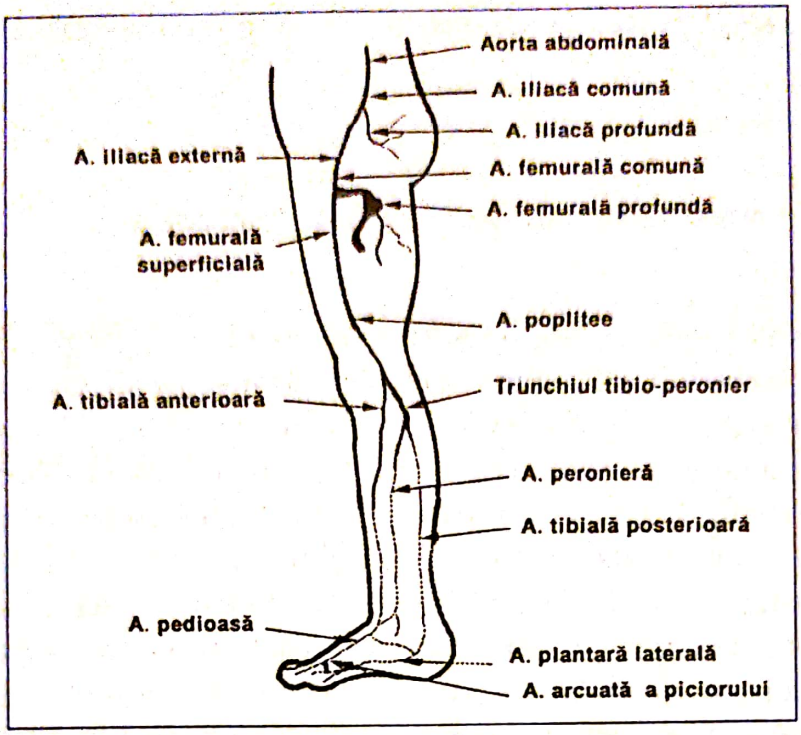


Figura 1.

– *Sistemul venos al membrelor inferioare* este format dintr-o reţea densă de vene, care colectează din toate zonele sângele venit pe calea arterială, îndreptându-l către inimă.

Compartimentul venos al membrelor inferioare este împărţit în două reţele: una superficială, care formează în zona subcutanată un sistem reticulat (ca o plasă) cu două vene colectoare: safena internă şi safena externă şi una profundă formată din venele colectoare centrale şi o reţea de vene musculare (Figura 2). Sistemul venos superficial transportă 8-10% din sângele venos periferic (are mai mult rol colector decât transportator), pe când reţeaua venoasă profundă transportă 90-92% din sângele venos (rol prevalent de transportator). Aceste diferenţe funcţionale dintre cele două reţele venoase se datorează particularităţilor anatomice ale celor două sisteme venoase pe care le vom dezvoltat mai departe. Între cele două reţele venoase există numeroase anastomoze (venele perforante). Atât în sistemul venos superficial cât şi în cel profund între diferitele vene care constituie reţeaua există un mare număr de vene anastomotice denumite vene comunicante. Există astfel vene comunicante superficiale (care anastomozează diferitele vene ale reţelei subcutanate) şi vene comunicante profunde (care fac legătura dintre venele subaponevrotice).

– *Sistemul limfatic al membrelor inferioare* colectează limfa din ţesuturile periferice pe care apoi o devarsă în sistemul venos. Vasele limfatice ale membrelor inferioare formează două reţele, dens anastomozate între ele: una superficială (care este formată din mai multe colectoare ce merg paralel cu vena safena internă) şi o reţea profundă (constituită din mai multe colectoare ce merg paralel cu arterele şi venele profunde).

Sistemul limfatic periferic porneşte din derm, unde există capilarele limfatice ce colectează limfa de la nivelul circulaţiei terminale. Acestea au pereţii foarte subţiri, iar

Scanned with OKEN Scanner

la unul din capete au deschidere liberă ("în deget de mănuşă"), prin care se colectează limfa. La celălalt capăt o parte din capilarele limfatice se unesc între ele şi formează colectoarele limfatice pe când altele se varsă în venule sau vene formând numeroase "şunturi limfo-venoase" (Figura 3). În felul acesta circulaţia venoasă şi cea limfatică formează un tot unitar (4).

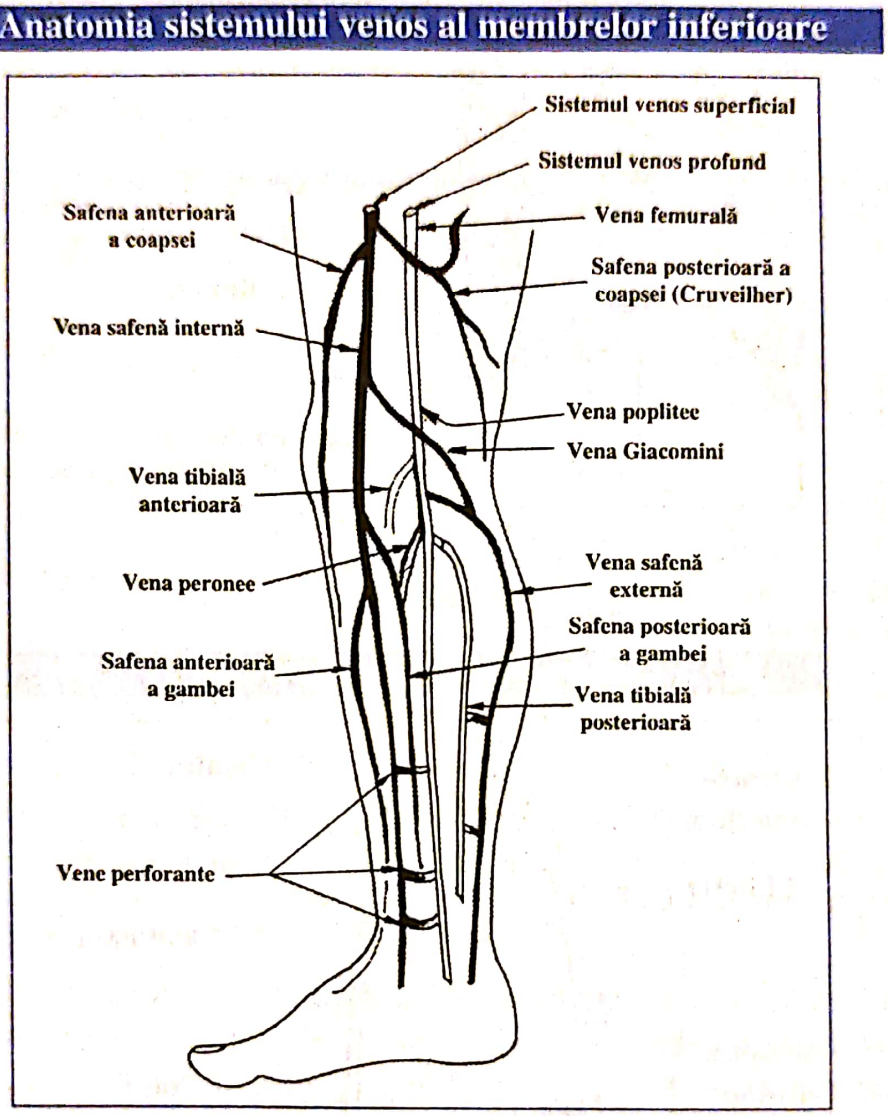


Figura 2. Modificat după Kappert

Sisteme anastomotice în circulaţia cutanată

În circulaţia terminală există două căi: cea normală denumită calea nutritivă sau metabolică, care este formată din plexul capilar, şi calea derivativă sau a şunturilor arterio-venoase, prin care se ocoleşte circulaţia capilară, aceste şunturi având un rol important în reglarea circulaţiei terminale (Figura 4). În anumite condiţii prin aceste şunturi debitul la nivelul pielii creşte foarte mult (vasodilataţia sau eritemul ce apare la frig cu rol de a evita degerarea pielii sau la căldură, cu rol de pierdere a surplusului de căldură). În aceste condiţii se deschid sfincterele şi sângele trece prin canalul preferenţial direct în venule. La nivelul circulaţiei terminale în afară de canalele preferenţiale (denumite şi anastomoze cu canal scurt) există şi anastomoze cu canal

Scanned with OKEN Scanner

lung. Acestea se împart în două categorii: cu canal drept (localizate la faţă, la urechi şi la mâini) şi altele cu canal de tip glomerular (glomeruli Masson, canalele Sucquot-Hayer) întâlnite mai ales la pulpa digitală (1).

Microcirculaţia şi capilarele limfatice

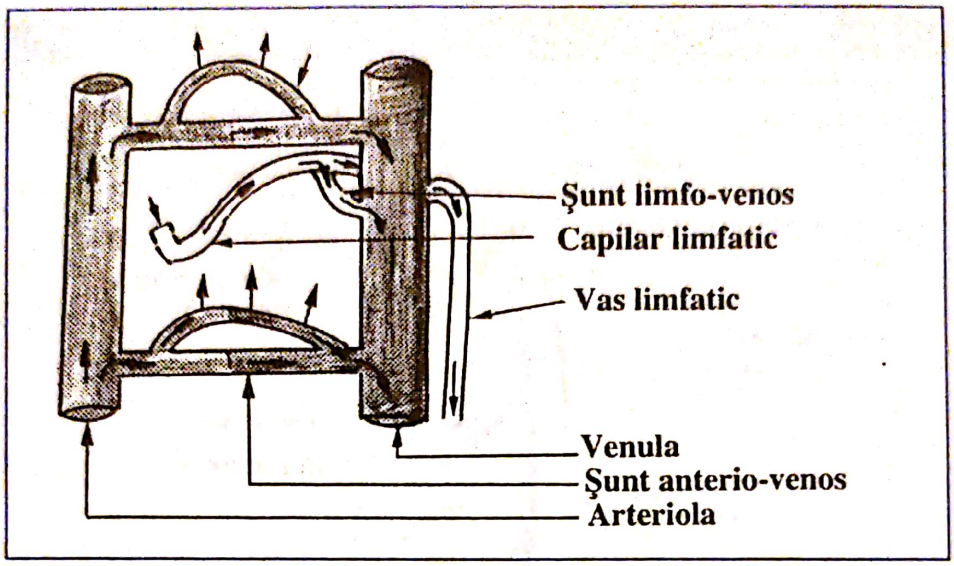


Figura 3.

Schema circulaţiei terminale

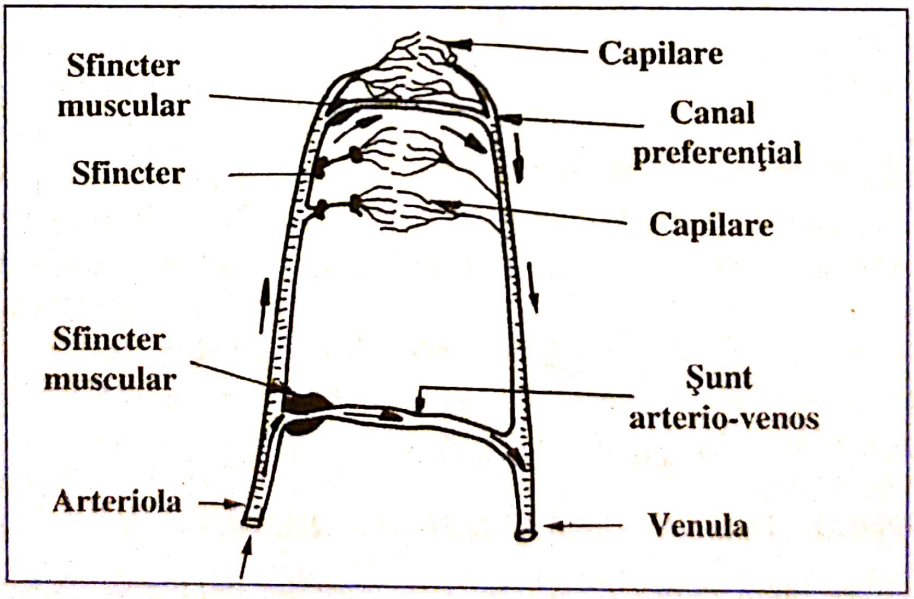


Figura 4.

Corelaţii între circulaţia cutanată şi circulaţia venoasă a membrelor inferioare

Un lucru esenţial în flebologia dermatologică îl constituie repercusiunile pe care modificările apărute în circulaţia venoasă le induc asupra tegumentelor din zona respectivă. Dermatita de stază şi ulcerul varicos, unele dintre cele mai frecvente şi mai grave afecţiuni cutanate, sunt consecinţa directă a stazei din sistemul venos peri-

Scanned with OKEN Scanner

feric. Principala modalitate de tratament al acestor afecţiuni este înlăturarea stazei venoase. În al doilea rând, staza din venele profunde (supra- sau subaponevrotice) induc modificări şi în venele intradermice. Au fost descrise venele Delater prin care sângele din venele profunde este expulzat la periferie, unde produce dilataţii ale venelor intradermice cunoscute sub numele de "steluţe vasculare", "labe de gâscă", "groapa de obuz", venectazii sau varicozităţi cutanate, dureroase şi inestetice.

- Circulaţia terminală, circulaţia capilară sau circulaţia cutanată este formată din mai multe plexuri suprapuse sau etajate care comunică larg între ele. Există următoarele plexuri (reţele) vasculare (Figura 5):

Schema circulaţiei cutanate (aşezarea plexurilor cutanate)

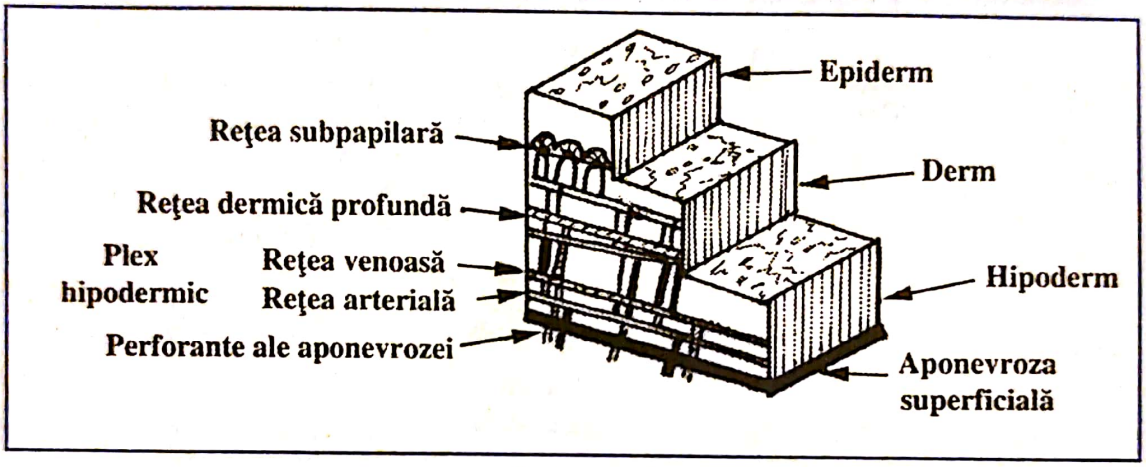


Figura 5.

• Reţeaua hipodermică este situată imediat deasupra aponevrozei superficiale, fiind dispusă paralel cu aceasta. Se formează din artere care vin din profunzime străbătând aponevroza (arterele musculo-cutanate). În zona supra-aponevrotică aceste artere se ramifică formând reţeaua hipodermică. Tot aici, paralel cu reţeaua arterială există şi o reţea venoasă (Figura 4).

• Reţeaua dermică profundă este formată din ramificaţia ramurilor ce pleacă vertical din arterele hipodermice, aşa-zise "artere în candelabru". Acestea ajunse la nivelul dermului profund, formează o nouă reţea densă unde arteriolele sunt dublate de venule.

• Plexul subpapilar sau plexul subepidermic se formează în papilele dermice, fiind situat la 1 mm sub epiderm. Aici, arteriolele pornite vertical din reţeaua dermică profundă se divid în două ramuri: canalul preferenţial şi reţeaua capilară cutanată (Figura 4). Canalul preferenţial este de fapt o anastomoză arterio-venoasă prevăzută cu un sfincter muscular prin care, în cazuri de necesitate, sângele arterial este deversat direct în vene, ocolind circulaţia capilară. Plexul capilar este format din vase subţiri, dispuse sub formă de anse situate în papilele dermice. La nivelul fiecărei ramificaţii capilare există mici sfinctere musculare care închid sau deschid circulaţia prin aceste vase. În mod normal numai 50% din capilarele dermice sunt deschise şi active, restul fiind utilizate numai în anumite condiţii. Numărul de capilare la nivelul plexului subpapilar este între 2000 (pe torace) şi 6000 pe cm^2 (plantar). Capilarele sunt formate dintr-un singur rând de celule endoteliale, acestea având o configuraţie plată

Scanned with OKEN Scanner

cu un nucleu ovalar care proemină în lumenul capilar (1). Marginile celulelor endoteliale se îmbucă între ele ca ţiglele pe casă. Între celulele endoteliale există mici deschideri, numite stomate, prin care se fac schimburile lichidiene şi nutritive. În jurul capilarului există un ţesut conjunctiv sau adventicial în care se găsesc pericitele sau celulele Rouget, care formează un manşon pericapilar, cu rol constrictiv. Diametrul capilarelor este între 3,5 şi 7 microni. Fiecare ansă capilară este formată din trei compartimente: capătul arterial al capilarului, capilarul propriu-zis şi capătul venos al capilarului (Figura 6). Capetele venoase ale capilarului se unesc între ele şi formează venulele. Acestea se unesc în continuare, formând reţeaua subpapilară, reţeaua dermică profundă şi apoi reţeaua hipodermică, unde prin dilataţii apar varicele superficiale.

Structura peretelui capilar - concepţia clasică

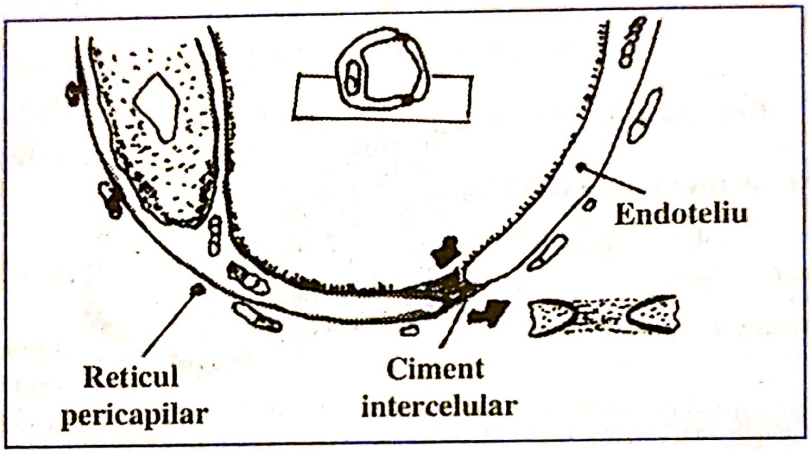


Figura 6.

B. Sistemul venos al membrelor inferioare

Sistemul venos al membrelor inferioare asigură circulaţia de întoarcere, fiind structurat după modelul unei pompe aspiro-respingătoare foarte complexe, cu un număr considerabil de valvule care au orientări speciale, se închid ermetic şi care odată defectată nu-şi mai poate regăsi niciodată integritatea anatomică şi funcţională. Există două reţele de bază ale sistemului venos al membrelor inferioare: sistemul venos superficial şi sistemul venos profund. Venele unei reţele comunică între ele prin venele comunicante, acestea dezvoltându-se în toate sensurile, atât orizontal, cât şi vertical.

Legătura dintre sistemul venos superficial şi cel profund se face prin venele perforante, acestea au o dispoziţie transversală şi pentru a lega cele două sisteme străbat aponevroza superficială. În majoritatea cazurilor sunt vene scurte şi sunt prevăzute cu valvule astfel orientate încât să permită circulaţia sângelui în reţeaua venoasă numai în anumite sensuri: din afară spre înăuntru şi de jos în sus. Atunci când aceste valvule se deteriorează şi acest circuit nu mai este posibil, circulaţia de întoarcere suferă şi progresiv se instalează insuficienţa venoasă.

1. Sistemul venos superficial sau sistemul venelor safene

Sistemul venos superficial sau sistemul venelor safene mai este numit şi reţeaua venoasă supra-aponevrotică. Este format din două vene colectoare principale: vena

Scanned with OKEN Scanner

safenă internă sau safena mare, situată pe partea internă a membrului inferior, şi vena safenă externă sau safena mică, situată pe partea posterioară a gambei. Aceste vene colectează sângele din întreaga reţea venoasă superficială, care se întinde ca o plasă cu nenumărate ochiuri de la vârful degetelor până la rădăcina coapsei.

Sistemul venelor safene îşi are originea în reţeaua venoasă a piciorului.

- Reţeaua venoasă a piciorului începe să se formeze la nivelul degetelor, unde există două vene principale:

• venele dorsale ale degetelor care se unesc între ele, formând arcada venoasă dorsală superficială a piciorului, unde se varsă şi vene de pe partea laterală internă şi externă a piciorului, în total 12-15 ramuri venoase;

• venele digitale plantare, care se unesc între ele la rădăcina degetelor, formând arcada venoasă profundă a piciorului.

Piciorul este foarte bogat vascularizat, iar la nivelul plantei se formează o reţea venoasă densă: reţeaua plantară Lejars. Din această reţea pleacă pe de o parte o serie de ramuri venoase perforante care fac legătura cu arcada venoasă superficială a piciorului. Din aceasta se formează vena dorsală internă şi vena dorsală externă a piciorului. Alte ramuri din reţeaua plantară Lejars formează arcada venoasă achiliană şi reţeaua venoasă retromaleolară. Toate aceste reţele sunt bogat anastomozate între ele. Din această reţea venoasă pleacă ramuri din care se formează cele două vene safene (11).

- Vena safenă internă este principalul colector al sângelui venos de la nivelul membrelor inferioare.

Vena safenă internă îşi are originea în reţeaua venoasă internă a piciorului. Se formează o ramură care trece înaintea maleolei interne (unde poate fi palpată, bolnavul fiind în poziţie verticală) şi urcă pe faţa internă a gambei şi a coapsei, vărsându-se la nivelul triunghiului lui Scarpa în vena femurală (Figura 7). Pe tot parcursul ei vena safenă internă este cuprinsă într-o dedublare aponevrotică, formată din aponevroza musculară şi fascia superficială. Înainte de a se uni cu vena femurală, vena safenă internă descrie o curbă cu concavitatea inferioară numită "crosa safenei interne" (Figura 8). Aceasta este prevăzută cu o valvulă denumită "valvula ostială a safenei interne", având o importanţă deosebită în patologia venoasă a membrelor inferioare. S-a demonstrat că la 30% dintre bolnavii varicoşi această valvulă lipseşte (aplazie congenitală) sau este hipoplazică şi ineficientă funcţional, ducând la decompensare.

La 15-20% din cazuri vena safenă internă are 2-3 ramuri paralele. Frecvent numai una dintre aceste ramuri este dilatată formând varice. Intervenţia chirurgicală se face numai asupra acestei ramuri, celelalte rămânând pe loc. După un timp se dilată şi acestea şi astfel varicele recidivează. Alteori safena internă are o configuraţie plexiformă, nu i se mai observă traiectul şi stripping-ul sau rezecţia ei nici nu se mai pot efectua. Ligaturile nu pot scoate din funcţie decât o parte a reţelei venoase, astfel că recidiva este asigurată.

Safena internă are mai multe colaterale (safenele accesorii):

- safena accesorie anterioară a gambei, care pleacă din 1/3 superioară a gambei şi coboară pe partea antero-internă, până la nivelul piciorului;

Scanned with OKEN Scanner

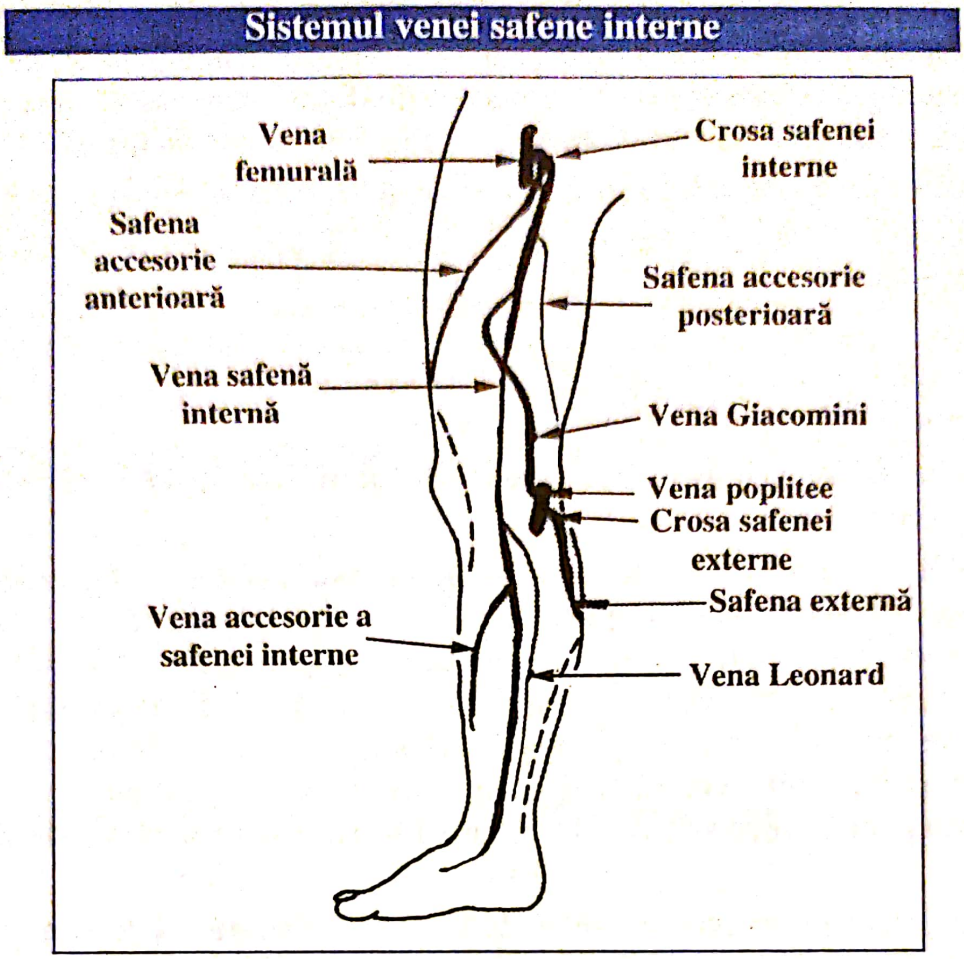


Figura 7.

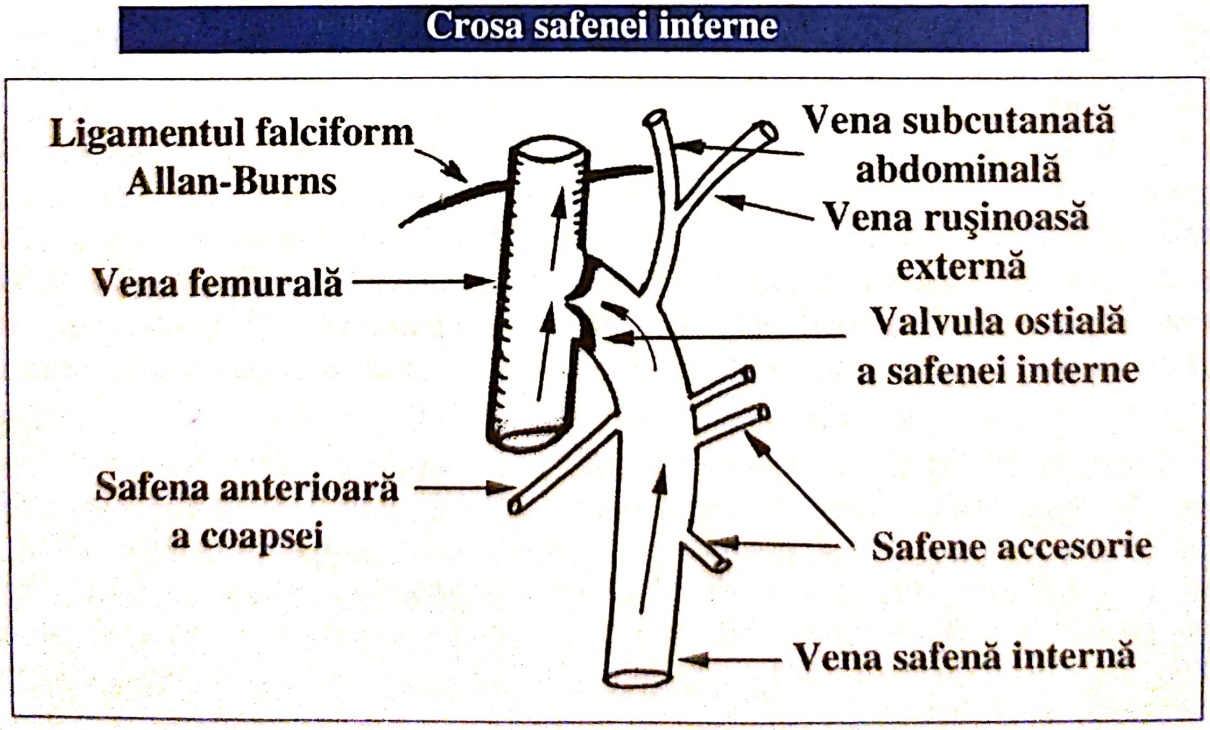


Figura 8. Modificat după schiţa lui Malan şi Agrifoglio

- safena accesorie posterioară a gambei sau vena Leonard, care pleacă din 1/3 superioară a gambei şi coboară pe partea postero-internă până în zona maleolară;

Scanned with OKEN Scanner

- safena accesorie anterioară a coapsei, care pleacă din zona inghinală şi coboară pe partea internă şi anterioară până în zona genunchiului;

- safena accesorie posterioară a coapsei sau vena Cruveilher, care adună sângele de pe partea externă şi posterioară a coapsei. Are o mulţime de ramuri prin care comunică cu vena safenă mică. Una dintre aceste ramuri este constant întâlnită şi capătă frecvent un caracter varicos: vena accesorie a lui Giacomini. La nivelul crosei vena safenă internă primeşte o serie de ramuri venoase din zona abdominală: vena circumflexă femurală laterală şi mediană, vena ruşinoasă externă superficială etc. Prin aceste vene safena internă se poate anastomoza cu sistemul venos al venei cave superioare, situaţie frecvent întâlnită în sechelele de flebită a venei cave inferioare sau a venelor iliace (3).

Diametrul venei safene interne este de 3-5 mm la nivelul maleolei şi de 4-7 mm la coapsă. Numărul de valvule ale venei safene variază de la o persoană la alta: între 4 şi 20 (în medie 12). Valvulele sunt mai numeroase la gambă decât la coapsă. Cea mai constantă şi mai importantă este valvula crosei safene (7).

- Vena safenă externă sau safena mică porneşte din vena dorsală externă a piciorului, trece în urma maleolei externe, încrucişează tendonul lui Achile şi urcă oblic pe partea posterioară a gambei către linia mediană. În 1/3 superioară a gambei perforează aponevroza superficială şi ajunge până în regiunea poplitee, unde formează cârja (crosa) safenei mici şi se varsă în vena poplitee (Figura 9). Înainte de a forma crosa se uneşte, prin vena lui Giacomini, cu ramuri ale venei safene interne. Safena mică posedă între 6 şi 12 valvule dintre care cea mai importantă este cea ostială. În partea ei inferioară safena mică primeşte ramuri din reţeaua achileană, vena retromaleolară şi vena calcaneană externă, iar în partea ei superioară o ramură de drenaj de la nivelul coapsei: vena femuro-cutanată. Vena safenă mică formează între 5 şi 12 vene perforante situate la o distanţă de 6-9 mm una de alta. Două din aceste perforante sunt mai importante: una situată în zona tendonului lui Achile (perforanta lui Bassi) şi una situată la 12 cm de maleolă. Safena internă prezintă numeroase comunicante cu reţeaua venoasă superficială, mai ales cu vena arcuată posterioară. În felul acesta este explicată apariţia de varice în zona maleolară în cazul în care se produce decompensarea safenei mici. În preajma safenei externe se găsesc ramuri ale nervilor senzitivi (nervul safenei externe şi nervul safen peronier sau nervul accesor al safenei externe). Aceste ramuri pot fi secţionate în caz de flebectomie şi astfel apar în zonă o serie de tulburări neurologice senzitive (11).

2. Sistemul venos profund sau subaponevrotic

Sistemul venos profund sau subaponevrotic se împarte în două compartimente: venele intramusculare (venele musculare) şi venele intermusculare sau venele profunde adevărate. În patologia venoasă a gambei sunt interesate şi au rol esenţial venele intermusculare, cele musculare având un rol minor. Reţeaua venoasă profundă are următoarele compartimente:

- Venele profunde ale piciorului se formează din venele digitale plantare, care formează venele metatarsiene plantare. Din acestea se formează arcul venos plantar profund, din care se formează venele pedioase şi venele plantare internă şi externă.

Scanned with OKEN Scanner

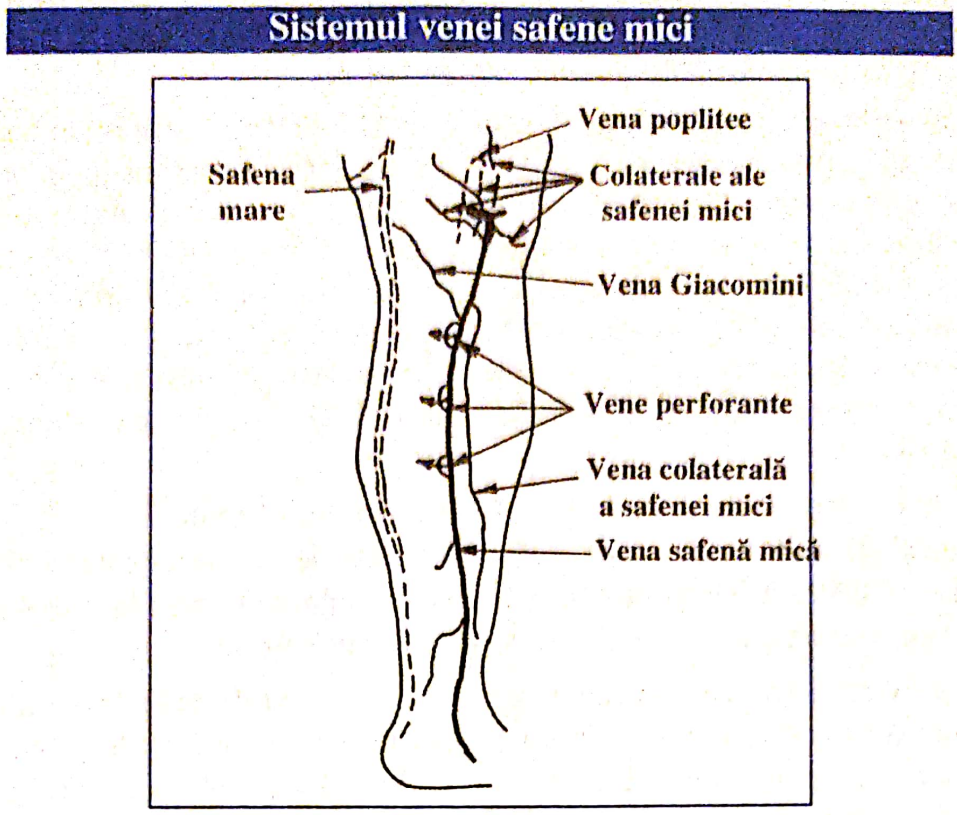


Figura 9.

- Venele profunde ale gambei sunt în număr de trei (Figura 10):

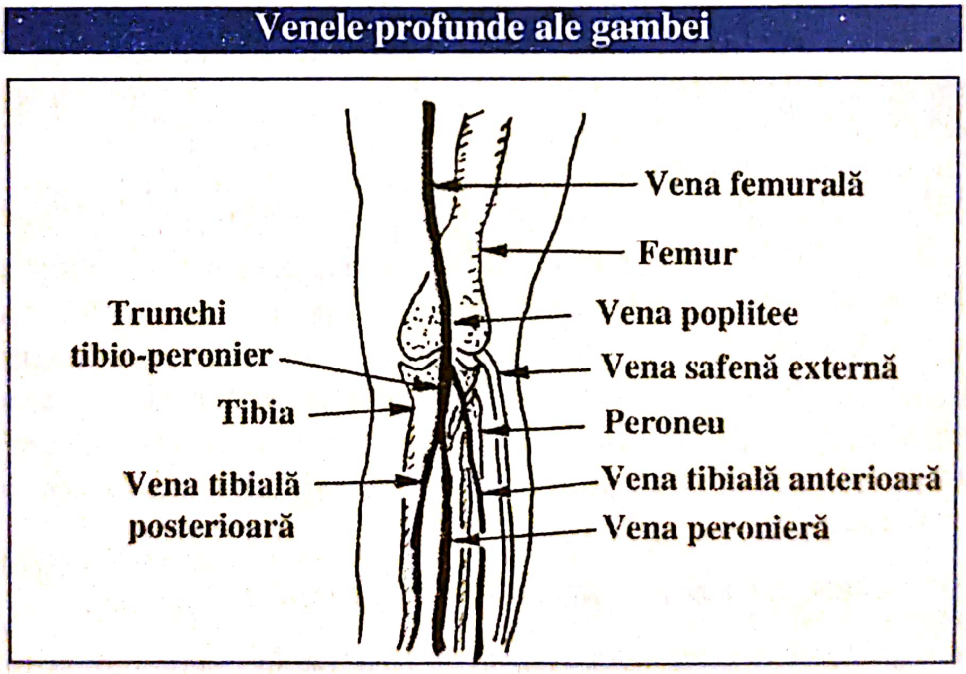


Figura 10.

• vena tibială anterioară, porneşte din reţeaua venoasă profundă a piciorului, urcă la nivelul gambei situându-se înaintea spaţiului interosos, în apropierea arterei tibiale şi se varsă în vena poplitee;

• vena tibială posterioară pleacă tot din reţeaua venoasă profundă a piciorului, trece prin şanţul maleolar intern şi după ce pătrunde în inelul tendinos al muşchiului solear

Scanned with OKEN Scanner

se uneşte cu vena peronieră şi formează vena poplitee. Are deseori două ramuri care merg paralel şi câteodată tromboza venoasă profundă interesează numai una dintre ramuri, iar cealaltă, fiind normală, preia şi funcţiile ramurii trombozate. În aceste condiţii tromboza venoasă se vindecă fără sechele.

• Vena peronieră (vena fibulară) pleacă din reţeaua venoasă profundă a piciorului, drenează sângele din masele musculare superficiale şi se uneşte cu vena tibială posterioară pentru a forma trunchiul tibio-peronier (3).

- Trunchiul tibio-peronier are o lungime de numai 2-3 cm, după care se uneşte cu vena tibială anterioară pentru a forma vena poplitee.

- Vena poplitee urcă prin masa musculară a coapsei, ajungând până la inelul celui de al treilea adductor, unde se uneşte cu vena safenă externă formând vena femurală. Vena poplitee este dublă în 36% din cazuri, iar la 2% din cazuri este triplă. Confluenţa venelor gambei pentru a forma vena poplitee are loc în 50% din cazuri sub articulaţia genunchiului, iar la 50% deasupra. Vena poplitee este menţinută într-un contact strâns cu artera poplitee printr-o teacă fibroasă. Se uneşte cu vena safenă mică la un loc cu încă 5 vene mici situate în zona articulaţiei genunchiului (12).

- Vena femurală este o continuare a venei poplitee, urcă prin masa musculară a coapsei, traversează triunghiul lui Scarpa şi după ce trece de arcada crurală devine vena iliacă externă. Primeşte mai multe ramuri dintre care cea mai importantă este vena femurală profundă sau sistemul accesoriu al venei femurale (care drenează sângele din masa musculară a coapsei). Vena femurală poate fi dublă sau triplă (2). Posedă numai 3 sau 4 valvule. Merge paralel cu vena femurală superficială. La confluenţa cu vena femurală profundă ia numele de vena femurală comună, situată imediat sub ligamentul inghinal.

- Vena iliacă internă continuă la nivelul micului bazin vena femurală. Se uneşte cu vena iliacă externă şi formează vena iliacă comună ce se continuă cu vena cavă inferioară.

Venele intramusculare (venele musculare ale moletului) drenează sângele din muşchii gambei. Sunt în majoritate vene scurte şi se varsă în sistemul venos profund. Uneori fac legătura cu reţeaua venoasă superficială, comportându-se ca nişte vene perforante indirecte. Dintre venele intramusculare cele mai importante sunt venele muşchiului solear, care sunt anastomozate între ele prin numeroase comunicante. Venele muşchiului solear se varsă în vena tibială posterioară. Ele drenează deseori venele interosoase. Alt grup important din venele intramusculare este cel al venelor gemelare (gastrocnemiene), care deseori sunt duble şi se varsă în vena poplitee. Uneori se unesc cu vena safenă externă, sub crosa acesteia (12).

C. Caracterele structurale ale sistemului venos al membrelor inferioare

- Venele superficiale fiind situate subcutanat, la nivelul hipodermului nu au sistem de susţinere solid. Ele prezintă o dedublare aponevrotică, o teacă conjunctivă formată din aponevroza musculară şi fascia superficială, dar aceasta nu este suficientă pentru

Scanned with OKEN Scanner

a-i conferi o rezistenţă deosebită la suprasolicitări. Din această cauză aceste vene se dilată uşor formând varice, cu toate că au pereţii mai groşi de 4 ori decât venele profunde. Musculatura venelor superficiale este mult mai bine reprezentată decât a celor profunde, fiind mai groasă în jurul valvulelor. Valvulele sunt mai frecvente în sistemul venos superficial decât în cel profund, distanţa dintre două valvule fiind de 4 cm. Ele sunt bogate în ţesut conjunctiv, permiţând dilatarea venelor de 1½-2 ori fără a deveni incompetente. Deasupra valvulelor diametrul venei este mai mare şi vena pare dilatată la acest nivel (sinus valvular), astfel că venele superficiale par formate din segmente mai largi ce alternează cu segmente mai strâmte (aspect moniliform). Întotdeauna în zona unde un trunchi venos se uneşte cu o altă venă există o valvulă denumită ostială, care împiedică refluxul sângelui din venele mari către cele mici, dinăuntru în afară şi de la centru către periferie.

- Venele profunde au pereţii mult mai subţiri decât cele superficiale. Funcţionarea lor este mult facilitată de contracţia musculaturii, care le comprimă pereţii, propulsând cu putere sângele spre inimă.

- Sistemul valvular este situat în interiorul venelor atât superficiale, cât şi profunde. Ele au aceeaşi structură ca pereţii venoşi şi au forma unor cupe sau buzunăraşe, astfel aşezate încât circuitul sângelui din jos în sus le deschide, iar cel de sus în jos le închide ermetic (Figura 11). Deci fluxul sanguin normal (de jos în sus şi dinafară spre înăuntru) le deschide, iar tendinţa sângelui de a circula invers (de sus în jos şi dinăuntru spre periferie) le închide. Când circuitul sângelui spre inimă întâmpină obstacole (tromboză, compresie), presiunea în sistemul venos profund creşte considerabil, rezistenţa valvulelor este depăşită şi circuitul sângelui se inversează, ducând la insuficienţa venoasă. Sistemul venos superficial are valve mult mai solide decât sistemul profund, deoarece luptă singur cu staza, fiind lipsit de mase musculare în jur.

Structura valvulei venoase

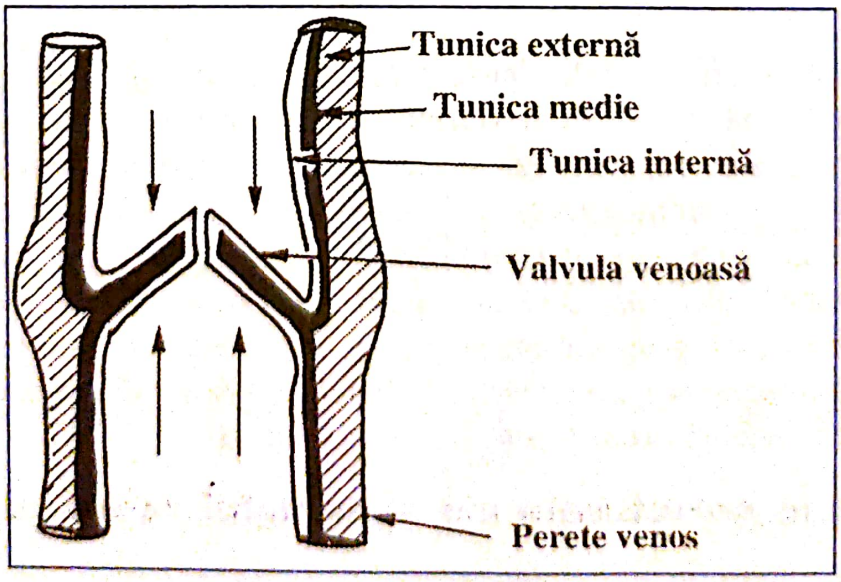


Figura 11.

În sistemul profund valvulele sunt mai dese decât în sistemul superficial, căci majoritatea sângelui (90%) este drenat pe această cale. Datorită pompei musculare ce ajută

Scanned with OKEN Scanner

la drenarea sângelui, aceste valvule, la fel ca şi pereţii venoşi, au în structura lor un număr redus de fibre musculare. Din această cauză ele pot suferi uşor deteriorări: prin trombozarea venelor şi prin suprasolicitarea funcţională. Valvulele se împart în două categorii: parietale şi ostiale. Cele parietale se situează pe traseul unei vene situate din loc în loc (de regulă la aceeaşi distanţă), pe când cele ostiale se găsesc situate numai la confluenţa a două vene, de regulă fiind localizate pe vena mică (Figura 12). După Bouchet valvulele ostiale sunt de regulă bicuspide şi deseori se găsesc la distanţă de 8-15 mm de joncţiune.

Schema structurii venelor şi localizarea valvulelor

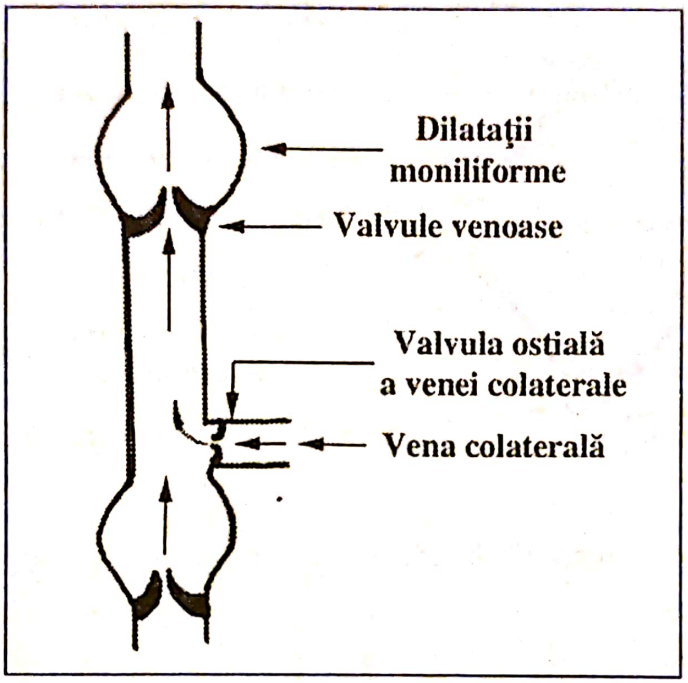


Figura 12.

În afară de valvule mai există cordaje (punţi) care leagă între ei pereţii venoşi sau trabecule (un fel de canale suplimentare situate în interiorul venelor) care împiedică sângele venos să cadă, ajutând astfel întoarcerea venoasă.

- Venele comunicante, sau sistemul anastomozelor, fac legătura dintre două vene de aceeaşi categorie (superficiale sau profunde). Anastomozele superficiale leagă între ele venele subcutanate formând o reţea deosebit de densă (aşa se explică de ce operaţia pe vene sau sclerozarea unor trunchiuri venoase nu au repercusiuni importante asupra circulaţiei venoase în ansamblu). Cele mai importante comunicante superficiale leagă între ele cele două safene sau vena cavă inferioară de vena cavă superioară.

Anastomozele profunde leagă între ele venele profunde ale gambei, astfel că dacă una dintre ele este trombozată sângele din zona declivă poate fi uşor evacuat prin această derivaţie.

Frecvent, aceste anastomozări se fac prin intermediul venelor musculare.

În 1/3 inferioară a gambei, fiecare venă profundă are câte 2 anastomoze (de unde şi gravitatea redusă a trombozelor venoase cu această localizare), în 1/3 medie anastomozele sunt mai rare, iar în cea superioară sunt mai numeroase (fiind situate în loja

Scanned with OKEN Scanner

musculară posterioară). Cele mai multe anastomoze profunde sunt scurte şi avalvulate, motiv pentru care ele se decompensează uşor.

- Venele perforante sunt vene care leagă între ele sistemul venos superficial de cel profund străbătând aponevroza. Ele au o structură asemănătoare cu a venelor profunde şi sunt valvulate. Sunt mai puţine la număr decât venele comunicante. Se împart în două categorii: vene perforante centrate şi vene perforante descentrate (Figura 13).

Schema sistemului perforantelor centrate şi descentrate

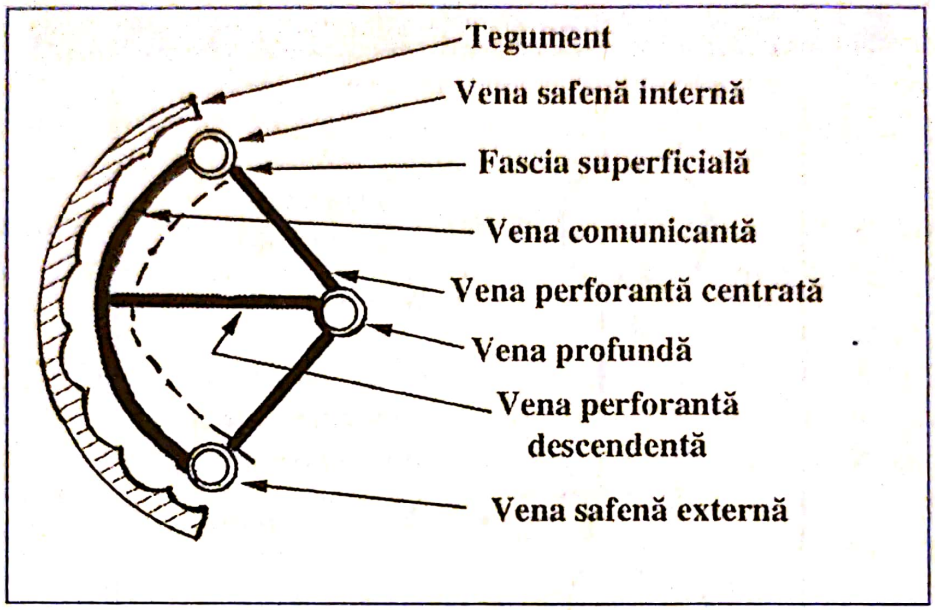


Figura 13. Modificat după Reinharez

- Venele perforante centrate sunt cele mai importante şi unesc între ele venele profunde cu venele safene, având o importanţă majoră în fiziologia şi patologia venoasă a gambei (Figura 14).

Circulaţia sângelui la nivelul venelor perforante centrate

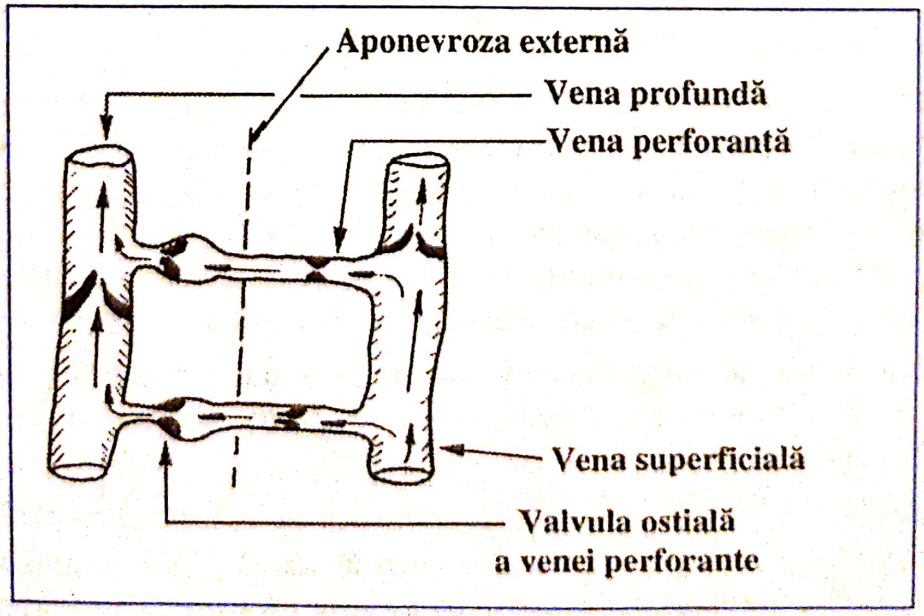


Figura 14.

Scanned with OKEN Scanner

Ele au valvulele astfel orientate încât în mod normal permit circulaţia sângelui numai din sistemul venos superficial către cel profund.

Rolul lor este acela de a drena sângele venos din reţeaua subcutanată în cea profundă care îl propulsează către inimă.

Venele perforante descentrate leagă reţeaua venoasă superficială (venele comunicante) de venele profunde. Sunt mai subţiri şi nu au valvule. Numărul venelor perforante la nivelul membrelor inferioare este foarte mare (peste 200), dar numai 20 dintre ele ar interveni în apariţia insuficienţei venoase cronice (Kappert, 7).

După traiectul lor, venele perforante se împart în vene scurte sau perforantele perpendiculare (perforantele Cockett sau Boyd) care se decompensează uşor şi au consecinţe grave, şi perforante oblice, cu traiect lung şi sinuos, care se decompensează mai greu şi au consecinţe mai puţin grave (9).

Majoritatea perforantelor care au implicaţii importante în patologia venoasă a membrelor inferioare sunt localizate în 4 grupuri (Figura 15):

- grupul treimii inferioare a gambei sau grupul Cockett, care este cel mai important, fiind situat pe o linie verticală situată retromaleolar (linia Linton);
- grupul solear (perforantele Boyd), situat în 1/3 medie şi internă a gambei, sub articulaţia genunchiului;
- grupul popliteu (perforantele Linton);
- grupul hunterian (perforantele Dodd), localizat la coapsă şi descris iniţial de Sheermann.

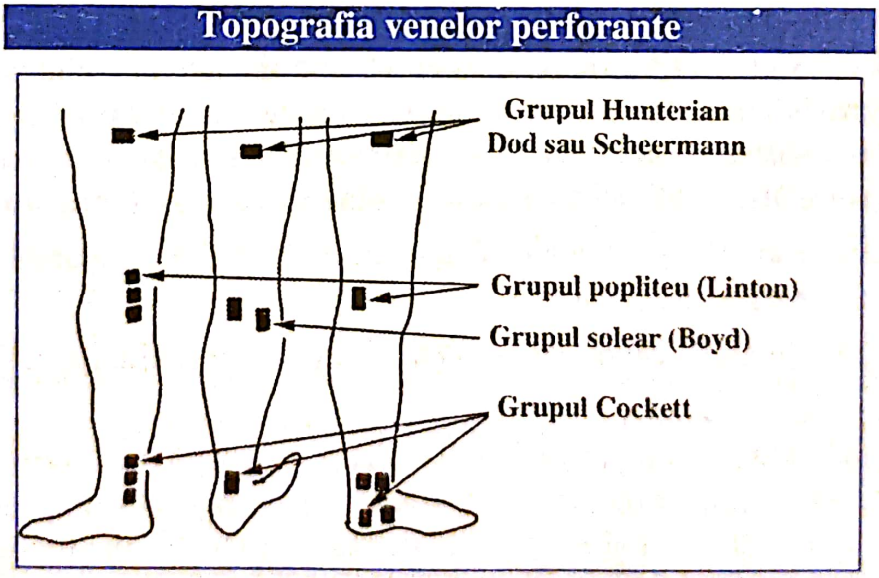


Figura 15.

Grupul perforantelor Cockett este constituit din 4 vene. Acestea sunt situate pe linia Linton la distanţe relativ stabile, după cum urmează (Figura 16):

- perforanta Cockett I este situată la 6-7 cm de la planul plantar;
- perforanta Cockett II se găseşte la 13,5 cm;
- perforanta Cockett III la 18,5 cm;
- perforanta Cockett IV la 24 cm.

Scanned with OKEN Scanner

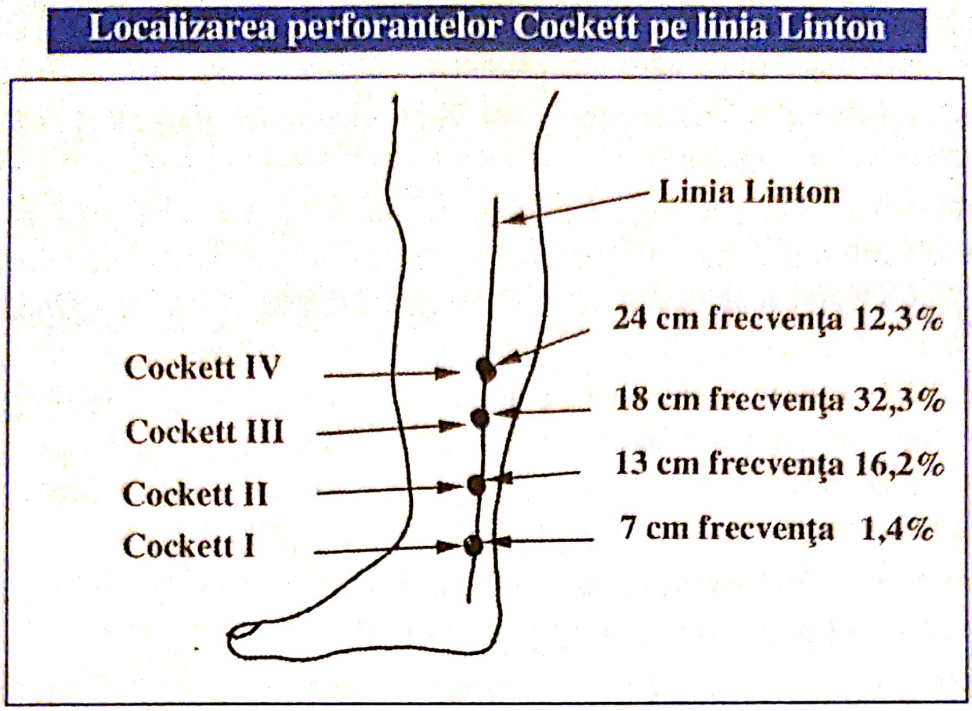


Figura 16.

Aceste perforante pot face legătura cu vena safenă internă prin vena gambieră posterioară (ramură a safenei mari).

Dar, în afară de perforantele mari, frecvent decompensate, mai există un număr considerabil de vene perforante mici, acestea fiind numai câteodată implicate în instalarea insuficienţei venoase.

Au fost astfel descrise: la nivelul piciorului 49 perforante, la nivelul gambei 44, sub articulaţia genunchiului 13, la coapsă 36. Din cauza numărului mare de perforante ligatura celor insuficiente nu duce la remisiunea insuficienţei venoase decât pentru un timp, deoarece în curând sunt forţate alte perforante iar staza venoasă recidivează (8).

Venele perforante au de regulă două valvule, una la extremitatea externă a perforantei, iar cealaltă la extremitatea ei internă.

Există însă şi perforante avalvulate, prin care sângele poate circula în voie în ambele sensuri (6).

Din totalul perforantelor, numai 44 au o localizare constantă, iar dintre acestea numai 10 devin frecvent insuficiente. Descoperirea acestor perforante şi ligaturarea lor este însă dificilă pentru chirurgi şi nu rare sunt cazurile când în cursul operaţiei o parte din ele rămân nedepistate. O sursă de insuccese în cura chirurgicală a insuficienţei venoase cronice este şi faptul că o parte din perforante sunt duble, iar în cursul operaţiei se ligaturează numai o ramură, cealaltă continuând să funcţioneze, ducând astfel la recidivă. De cele mai multe ori venele perforante se decompensează odată cu venele superficiale prin procesul de dilatare şi hipotonie globală a sistemului venos periferic. Numai în 5% dintre insuficienţele cronice venoase, decompensarea debutează prin insuficienţa iniţială a perforantelor, fenomen cunoscut sub numele de "insuficienţă venoasă prin perforante de reflux".

Scanned with OKEN Scanner

D. Fiziologia circulaţiei venoase a membrelor inferioare

Date generale privind patologia ortostatismului

Varicele constituie o afecţiune specifică omului şi apariţia lor se datorează trecerii sale de la poziţia de patruped la poziţia verticală (biped).

Trecerea omului din poziţia de patruped la cea de biped a determinat o serie de modificări adaptative la nivelul aparatului cardiovascular datorate în primul rând deplasării sângelui (între 500 şi 800 ml) în părţile declive, ducând la o creştere apreciabilă a presiunii hidrostatice la nivelul venelor membrelor inferioare. În aceste condiţii, in ortostatism, presiunea venoasă creşte de aproximativ 10 ori şi se produce o dilataţie a pereţilor venoşi şi o încetinire a circulaţiei venoase la acest nivel. În aceste condiţii în decursul evoluţiei au intervenit factorii de autoreglare, cu rol de corijare a acestor tulburări hemodinamice.

Deplasarea sângelui în membrele inferioare (în poziţie verticală) duce la scăderea presiunii arteriale în regiunea cefalică. Hipotensiunea cefalică duce la intrarea în funcţie a zonelor reflexogene sino-carotidiene şi cardio-aortice care produc o vasoconstricţie generalizată, cu o creştere a presiunii arteriale cu 1,5-2 mmHg şi cu o accelerare a pulsului cu 25%. Concomitent se produce şi o creştere a tonusului venos la nivelul membrelor inferioare care propulsează sângele acumulat în vene, către centru (10). După Condorelli, la nivelul venelor membrelor inferioare există o serie de baroreceptori care în caz de hipertensiune venoasă declanşează un reflex de vasoconstricţie, care duce la accelerarea circulaţiei venoase şi înlăturarea stazei. După Benedato, în apariţia fenomenelor vasoconstrictoare mai sus amintite, ar interveni secreţia crescută de catecolamine. Că este aşa o dovedeşte dezvoltarea în exces de receptori adrenergici la nivelul membrelor inferioare. Această preponderenţă vasoconstrictoare a membrelor inferioare face ca tonusul vascular să fie aici mult mai crescut decât în alte zone. Fenomenul este mai accentuat la bărbaţi, de unde tendinţa ca aceştia să dezvolte arterite ale membrelor inferioare şi este mai scăzut la femei, care au predispoziţia de a dezvolta varice.

Datorită tonusului vascular crescut la nivelul membrelor inferioare, circulaţia cutanată este aici pe jumătate faţă de cea a membrelor superioare. La fel, viteza de circulaţie a sângelui prin vene este considerabil mai mică. În felul acesta se explică vindecarea mult mai dificilă a plăgilor la nivelul membrelor inferioare precum şi formarea mai rapidă de ulceraţii, apariţia mai frecventă de spasme arteriale şi de degerături.

Particularităţi funcţionale ale circulaţiei venoase a membrelor inferioare

Din volumul total al sângelui, 70% se găseşte depozitat în vene.

Sângele circulă în vene după principiul vaselor comunicante: "de la presiune mare către presiune mică". Venele având pereţi mult mai subţiri decât arterele, circulaţia în vene se face de 3 ori mai încet decât în artere, în schimb capacitatea lor de a depozita sânge depăşeşte de 3 ori pe cea a sistemului arterial.

Întoarcerea venoasă la nivelul membrelor inferioare se face 90% prin venele profunde şi 10% prin venele superficiale. Cea mai mare parte din sângele aflat în venele

Scanned with OKEN Scanner

superficiale trece în sistemul profund prin intermediul venelor perforante, un rol important avându-l cele din 1/3 inferioară a gambei. Aceste vene au valvulele astfel orientate încât nu permit circulaţia decât de la suprafaţă către profunzime (Figura 17). Când valvulele venelor perforante devin insuficiente, această drenare nu se mai face, iar din cauza presiunii mai mari ce apare în sistemul venos profund în cursul contracţiei musculare, sângele din venele profunde este aruncat în sistemul venos superficial, unde apare flebohipertonia şi apoi dermatita de stază (3).

Circulaţia normală în sistemul venos al membrelor inferioare

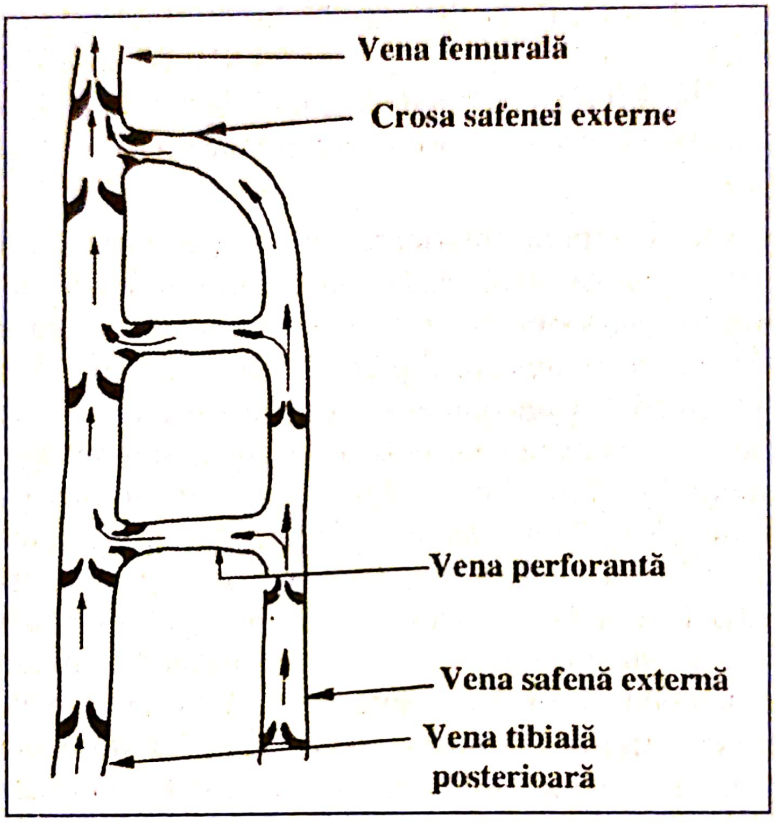


Figura 17. Modificat după Bassi

Factorii care influenţează circulaţia venoasă a membrelor inferioare se împart în două categorii: factori negativi (care îngreunează întoarcerea venoasă) şi factori pozitivi (care uşurează şi favorizează întoarcerea venoasă).

- Factorii negativi ai circulaţiei venoase sunt multipli.

- Ortostatismul

Se ştie că în poziţia orizontală presiunea hidrostatică nu mai intervine şi în aceste condiţii întoarcerea venoasă se face în mod normal. Aşa se explică dispariţia edemului şi vindecarea ulcerelor varicoase prin repaus la pat. În poziţie verticală presiunea venoasă în venele membrelor inferioare creşte de la 13-15 mmHg cât este în repaus la 90-115 mmHg - şi astfel circulaţia de întoarcere este considerabil îngreunată. Aşa se explică de ce ortostatismul static (în nemişcare) constituie un factor de agravare a insuficienţei venoase, contribuind la apariţia varicelor. Mersul, care pune în mişcare pompa musculară a gambei, duce la scăderea presiunii venoase produsă de ortostatism, până la 22 mmHg, sângele depozitat în vene fiind rapid evacuat spre inimă. În

Scanned with OKEN Scanner

felul acesta mişcarea (mersul, exerciţiile fizice, sportul etc.) favorizează întoarcerea venoasă, reduce staza şi previne apariţia varicelor (Figura 18).

Influenţa mersului asupra volumului sanguin al membrelor inferioare

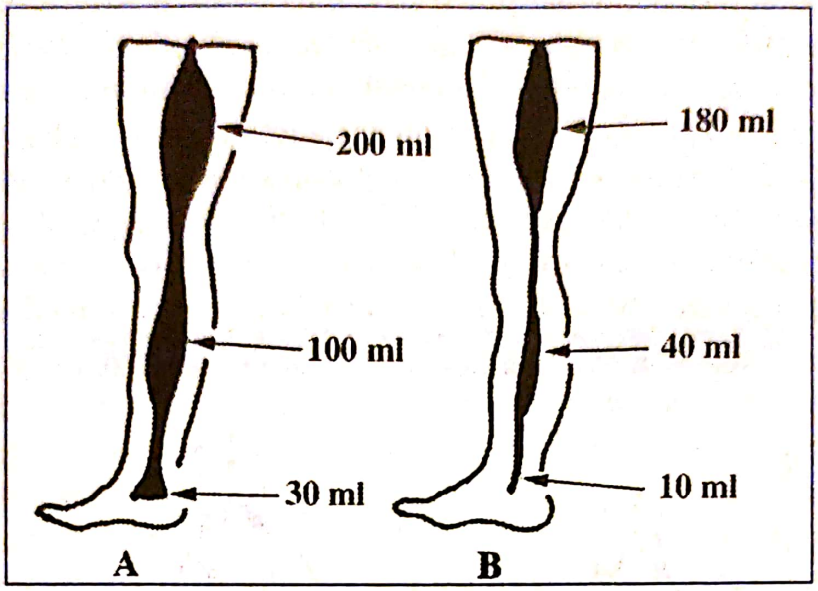


Figura 18. A - În ortostatism static; B - după mers

- Presiunea abdominală crescută intervine în circulaţia venoasă ca factor negativ, îngreunând întoarcerea sângelui venos. Presiunea abdominală creşte în cursul eforturilor fizice (ridicare şi transport de greutăţi), creşte la femeile gravide sau la persoanele obeze, favorizând dezvoltarea varicelor şi instalarea insuficienţei venoase. Este admis că obezitatea este unul dintre cei mai importanţi factori în producerea şi agravarea varicelor.

- Presiunea tisulară crescută apare în cazul proceselor inflamatorii (celulite) ale gambelor sau al sclerozei, condiţii în care nu se mai permite distensibilitatea venelor şi adaptarea lor la diferite solicitări. În felul acesta hipodermita flebopatică contribuie la agravarea stazei venoase.

Factorii pozitivi - favorizează circulaţia de întoarcere.

- Tonusul venos sau contractilitatea venoasă intervine în caz de stază, producând contracţia venei şi evacuarea sângelui acumulat. Cele mai bogate în muşchi sunt venele de calibru mijlociu, acest sector fiind numit şi "cord venos periferic". În poziţie verticală şi ortostatism static sângele se acumulează în vene şi presiunea hidrostatică locală creşte. Acest lucru declanşează un reflex venoconstrictor. Odată cu contracţia venoasă valvulele venoase sunt deschise şi sângele este propulsat spre inimă. Când sângele acumulat în vene este evacuat contracţia peretelui venos dispare, vena se dilată şi presiunea intravenoasă scade, sângele din etajele superioare are atunci tendinţă la circulaţie inversă (cădere), închizând automat valvulele venoase. În acest timp de relaxare presiunea din venele superficiale devine mai mare decât cea din venele profunde. Se produce deschiderea spontană a valvulelor venelor perforante şi astfel sângele din sistemul venos superficial este evacuat în sistemul venos profund. Când presiunea în venele profunde a atins un anumit nivel începe să se producă con-

Scanned with OKEN Scanner

tracţia venoasă. Valvulele venelor perforante se închid şi se desfac valvulele venelor profunde, cu evacuare sângelui periferic spre centru (Figura 19). În sechelele de flebită superficială şi în varicele hidrostatice mari, unde pereţii venoşi şi sistemul valvular sunt deteriorate, acest mecanism nu mai intervine şi astfel se instalează staza venoasă. Aceste reflexe vasomotorii sunt active numai la nivelul venelor superficiale, fiind absente în venele profunde. Tonusul venos este stimulat de diferiţi factori: frigul (duşul rece, comprese reci), ortostatism, mişcarea fizică, respiraţia profundă. Invers, căldura reduce vasoconstricţia şi favorizează vasodilataţia. Acţionează astfel expunerea la soare, băile calde, şedinţele de băi termale cu ape calde, sauna, plaja pe nisipul cald, consumul de alcool etc. Sunt unele medicamente care reduc tonusul venos şi favorizează staza: beta blocantele, nitroglicerina, teofilina, barbituricele etc.

Fazele contracţiei venoase

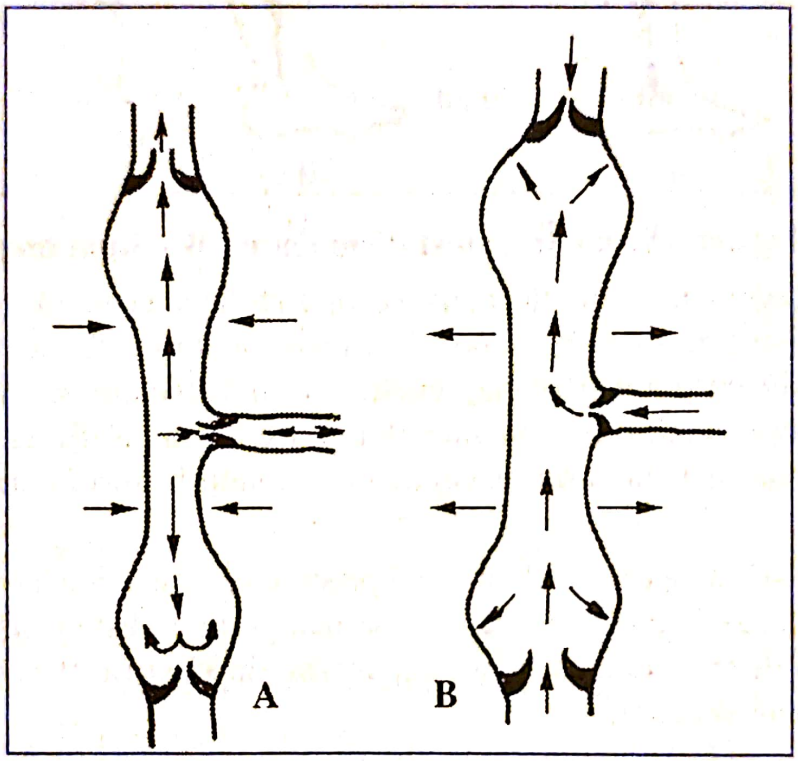


Figura 19. A - Faza de contracţie sau de evacuare;
B - Faza de repaus, de dilataţie şi umplere

- Distensibilitatea pereţilor venoşi periferici. Venele au pereţii subţiri, de 0,5 mm, şi au relativ puţine fibre musculare netede, lăsându-se uşor dilatate (de 8 ori mai uşor decât arterele). Este un factor negativ important care facilitează formarea varicelor.

- Rolul sistemului valvular este esenţial pentru circulaţia de întoarcere. Valvulele fragmentează coloana de sânge din vene şi împiedică căderea retrogradă a sângelui. De asemenea, opreşte refluxul sângelui din venele profunde în cele periferice în cursul contracţiei musculare. Defectele valvulare pot apărea în mai multe situaţii: absenţa congenitală a valvulelor venoase; malformaţii ale lor; insuficienţa valvulelor prin dilataţia excesivă a venelor (varice hidrostatice); distrugerea lor în urma unor tromboze venoase sau a unor injecţii sclerozante făcute cu o cantitate prea mare sau cu concentraţii inadecvate etc. Distrugerea sistemului valvular sau incompetenţa lui

Scanned with OKEN Scanner

funcţională prin dilataţia în exces a venelor constituie un factor esenţial la instalarea insuficienţei venoase. Se admite că valvulele sănătoase (cu o constituţie normală) tolerează o presiune care depăşeşte 200 mmHg. Când această presiune intravenoasă este depăşită, valvulele cedează, mai ales când această presiune se instalează brusc, cum se întâmplă în cazul eforturilor făcute pentru ridicat şi transportat greutăţi, în cursul unor probe sportive etc.

- Pompa musculară intervine în activarea circulaţiei venoase profunde a gambei şi apare în urma contracţiei musculaturii locale la mers, având un rol esenţial în întoarcerea venoasă. S-a stabilit că în mers debitul sanguin în venele profunde ale gambei creşte de 20-30 de ori deoarece contracţia maselor musculare exercită asupra pereţilor venelor profunde o creştere de presiune ce ajunge la 100-200 mmHg. Datorită sistemului fascial muşchii şi venele profunde sunt închişi într-un fel de cameră ermetic închisă. În cursul contracţiei musculare volumul masei musculare creşte. Volumul camerei ermetice rămânând acelaşi, presiunea în cameră creşte foarte mult. Venele aflate în această cameră sunt compresate şi astfel presiunea intravenoasă creşte, valvulele sunt deschise automat şi sângele depozitat în vene este evacuat spre inimă. În diastolă presiunea din interiorul camerei scade şi astfel presiunea din sistemul venos superficial o depăşeşte pe cea din sistemul venos profund. Valvulele perforantelor se deschid şi sistemul venos profund se încarcă cu sânge din venele periferice. La o nouă contracţie musculară se produce evacuarea şi procesul se repetă. În repaus intervine numai contracţia venoasă reflexă, indusă de presiunea hidrostatică, dar aceasta are o capacitate de evacuare mult inferioară contracţiei musculare. Din această cauză pentru a evita staza venoasă persoanele aflate în ortostatism prelungit trebuie să facă periodic câţiva paşi pentru a activa circulaţia de întoarcere. Au fost descrise la nivelul membrelor inferioare trei pompe musculare: pompa moletului ce pompează 400 ml sânge pe minut, pompa coapsei care evacuează 200 ml sânge pe coapsă şi minut, iar 80 ml pompa piciorului (Figura 20). Toate afecţiunile care împiedică contracţia musculară sau mersul normal reduc eficienţa pompelor musculare şi favorizează staza venoasă. Apar astfel de situaţii în bolile musculare ale membrelor inferioare, în anchiloza articulaţiilor piciorului, genunchiului sau articulaţiei coxo-femurale, în cursul aplicării aparatelor ghipsate etc. (3).

- Pompa piciorului sau pompa musculară plantară este pusă în acţiune tot prin mers. Colectorii sunt venele plantare interne şi externe, din care pleacă venele perforante plantare, acestea constituind punctul de plecare al venelor safene. Tot din aceste vene se formează venele tibiale posterioare (Figura 20). Dintre muşchii principalei ai pompei piciorului un rol considerabil îl are muşchiul adductor al halucelui, dar acţiune asemănătoare au şi abductorii şi flexorul stâng al degetului mare, abductorul degetului 5 şi flexorul scurt plantar (13). Intrarea în funcţie a pompei piciorului activează fluxul venos de la nivelul gambei şi creşte întoarcerea venoasă (la fiecare mişcare se împinge către gambă un volum de 30 ml sânge). Artropatia anchilozantă a piciorului, ce apare la unele cazuri de insuficienţă venoasă cronică scoate din funcţie pompa musculară a piciorului şi agravează staza venoasă, întârziind vindecarea tulburărilor trofice cutanate (12).

Scanned with OKEN Scanner

- Pompa musculară a gambei sau a moletului este formată din muşchii gemeni şi soleari, care acţionează asupra venelor gemelare. Acestea joacă rol de pompă aspiratoare, care atrage sângele din venele periferice în timpul repausului pe care apoi îl injectează, în timpul contracţiei musculare în reţeaua venoasă profundă. Dacă în mers această pompă are un debit de 200 ml pe minut, în ortostatism debitul scade la 90 ml pe minut. În caz de obezitate a gambelor (lipoedem) capacitatea pompei musculare scade mult (5).

- Pompa musculară a coapsei are un rol asemănător.

Pompele musculare ale membrelor inferioare

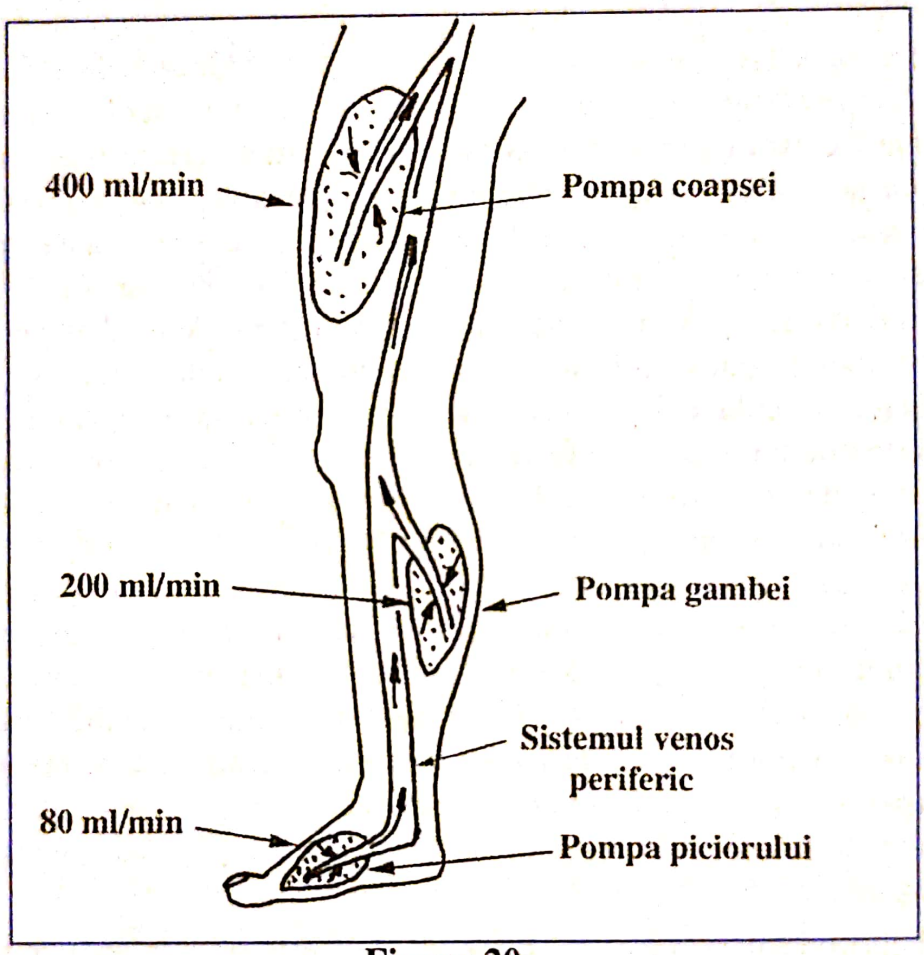


Figura 20.

În funcţionarea pompei musculare mobilitatea articulară are un rol esenţial (articulaţiile halucelui, tibio-tarsiană, a genunchiului şi a coapsei). Anchilozarea acestor articulaţii reduce considerabil debitul pompelor musculare ale membrelor inferioare şi favorizează staza. Din contră, practicarea exerciţiilor fizice şi a sporturilor creşte întoarcerea venoasă şi activitatea pompelor musculare, având un efect favorabil asupra varicelor. Purtarea de tocuri înalte sau de bocanci de schi împiedică contractura muşchilor gambei şi agravează staza venoasă. La persoanele în vârstă se produce atrofia musculaturii gambei, slăbirea şi relaxarea aponevrozei externe şi redoarea articulaţiilor, toate reducând eficienţa pompei musculare şi favorizând dezvoltarea varicelor (5).

Scanned with OKEN Scanner

Aponevroza gambei are un rol mare în eficienţa pompelor musculare ale gambelor. La persoanele cu o aponevroză subţire şi mai puţin rezistentă capacitatea pompelor musculare scade.

- Aspiraţia toracică sau "vis a fronte" este un factor de dinamizare a circulaţiei venose. În cursul inspiraţiei presiunea intratoracică scade foarte mult şi influenţează şi presiunea din vene, care devine negativă. Se produce un fel de aspiraţie a sângelui din venele periferice către venele pulmonare şi astfel este activată circulaţia de întoarcere. În diferite afecţiuni pulmonare caracterizate prin creşterea presiunii intratoracice circulaţia venoasă de întoarcere este îngreunată şi este astfel favorizată insuficienţa venoasă.

- Presiunea intravasculară sau "vis a tergo" este în fond propagarea presiunii arteriale până la nivelul capilarelor şi a venelor periferice. La nivelul arterelor periferice, presiunea este de 45 mmHg (capătul arterial al capilarului). Această presiune se transmite şi la nivelul venelor periferice, unde are valoarea de 10-25 mmHg (3). Această presiune, cu toate că este mică, este totuşi suficientă pentru a asigura scurgerea sângelui de la artere spre vene, străbătând şi bariera capilară. Dacă presiunea venoasă periferică creşte, ea depăşeşte presiunea intravasculară şi atunci fluxul sângelui dinspre artere spre vene se opreşte. Rolul microcirculaţiei în insuficienţa venoasă este considerabil. Se ştie că în vasele subcutanate, mai ales în venule, se depozitează 60-70% din sânge (Figura 21). În staza venoasă acest resort este folosit din plin în fazele incipiente ale bolii. Dar acumularea în exces de sânge la nivelul venulelor face să crească excesiv presiunea intracapilară, depăşind-o pe cea existentă la nivelul capătului arteriolar al capilarului. Din acest moment fluxul sângelui în sistemul microcirculaţiei periferice se opreşte şi încep să apară consecinţele stazei venoase.

Repartizarea masei sanguine la nivelul vaselor periferice

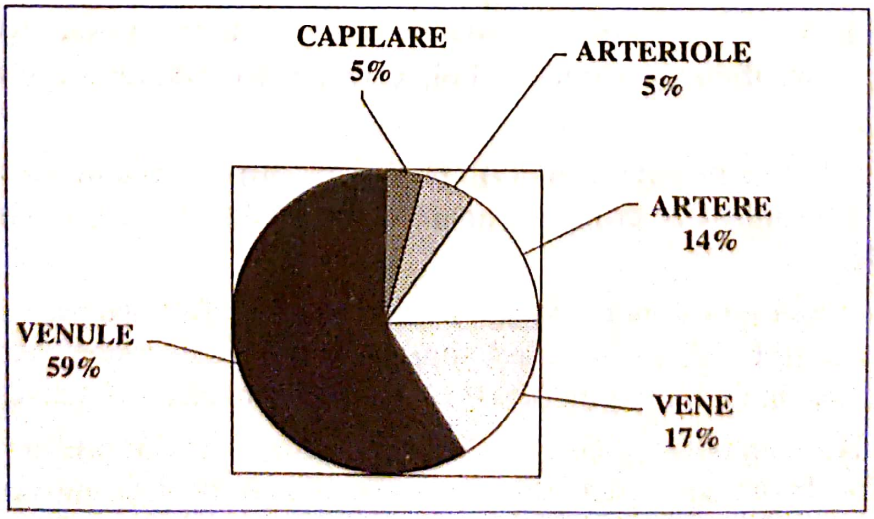


Figura 21.

Scanned with OKEN Scanner

E. Modalități de decompensare a circulației venoase a membrelor inferioare

Trecerea în revistă a factorilor care intervin în întoarcerea venoasă scoate uşor în evidenţă complexitatea problemei. Din această cauză la bolnavii la care circulaţia venoasă a membrelor inferioare s-a decompensat este dificil de constatat cauza exactă a acestei decompensări, care este veriga lezată din acest lanţ de mecanisme, unde a apărut defectul. Este astfel necesar să se efectueze examene medicale atente, făcute de specialişti cu experienţă în domeniu, la care se adaugă investigaţii funcţionale vasculare complexe. Lucrurile se complică şi mai mult la cazurile cronice şi neglijate, la care defectul unei verigi duce cu timpul la decompensarea altor segmente ale sistemului venos, până ce se ajunge la decompensarea globală. Astfel, o tromboză venoasă profundă duce cu timpul la decompensarea unor vene perforante, cu refluxul sângelui din sistemul profund în cel periferic. Neglijat şi necorectat, acest defect produce cu timpul apariţia de varice secundare ce cu timpul devin insuficiente. Acest lucru duce la decompensarea şi a altor vene perforante. Staza venoasă face ca circulaţia limfatică să fie suprasolicitată şi cu timpul se decompensează şi ea, iar insuficienţa venoasă se accentuează. Iată de ce la cel mai mic semn de decompensare venoasă trebuie depistat defectul apărut şi găsită modalitatea de tratament cea mai adecvată. În decompensarea circulaţiei venoase a membrelor inferioare pot astfel interveni:

- Varicele primare ale membrelor inferioare, implicate în 25-30% din cazurile cu dermatită de stază. Pot astfel interveni: varicele idiopatice, cele produse prin anomalii ale valvulelor ostiale, cele asociate cu insuficienţa valvulelor venoase, cele produse prin perforante decompensate funcţional, cele produse prin sindroame de compresie asupra trunchiurilor venoase, varicele ce se însoţesc de malformaţii ale sistemului vascular al membrelor inferioare, cazurile cu defect funcţional al pompelor musculare etc. Decompensarea varicelor primare este favorizată de aşa-zişii "factori de risc", care îngreunează întoarcerea venoasă: obezitatea, sarcini repetate, ortostatismul prelungit, sedentarismul, factori care împiedică acţiunea pompei musculare (anchiloze articulare, defecte de mers, boli musculare cronice, aparate ghipsate aplicate timp îndelungat etc.), insuficienţa cardiacă, boli care produc edeme ale membrelor inferioare etc.

- Sechelele de flebită profundă, intervin la 70-75% din cazurile de insuficienţă cronică venoasă. Mecanismele prin care apare insuficienţa venoasă în flebita profundă sunt multiple:

• obliterarea venelor profunde, sângele fiind deviat prin forţarea perforantelor, în sistemul venos superficial; acesta fiind suprasolicitat se decompensează, apar varice secundare ce devin cu timpul ineficiente şi astfel apare staza venoasă;

• liza parţială a trombusului, cu îngustarea lumenului venelor profunde şi reducerea capacităţii lor de drenaj, o parte din sânge fiind trecut în sistemul venos superficial care cu timpul se decompensează;

• lezarea valvulelor venelor profunde de procesul flebitic, care împiedică buna funcţionare a sistemului venos profund, reduce capacitatea lui de drenaj, produce sta-

Scanned with OKEN Scanner

ză şi evacuarea sângelui în sistemul venos periferic, care fiind suprasolicitat se decompensează după un timp;

• extinderea procesului flebitic din venele profunde în venele perforante, cărora le distruge sistemul valvular. Unele perforante nu se mai pot închide ermetic şi la mers, când presiunea în sistemul venos profund creşte foarte mult, sângele profund este aruncat uşor în sistemul venos superficial, care se decompensează, producând varice şi insuficienţă cronică venoasă.

- Displaziile congenitale ale sistemului profund constau în multiple defecte înnăscute, care fac nefuncţional sistemul venos al membrelor inferioare. Pot fi astfel întâlnite: absenţa congenitală a valvulelor venoase (boala Bauer), absenţa unor vene profunde, constituirea congenitală de bride care comprimă venele profunde, fistule arteriovenoase congenitale care duc la deversarea unei mari cantităţi de sânge din sistemul arterial în cel venos şi acesta fiind suprasolicitat se decompensează.

În toate aceste cazuri intervenţia unor factori de risc duce la agravarea stazei şi la instalarea mai rapidă a insuficienţei venoase cronice.

Scanned with OKEN Scanner

Varicele simple

Capitolul 2

A. Date generale

Prin varice înţelegem dilataţii ale principalelor ramuri ale reţelei venoase dintr-o regiune, acestea apărând mărite de volum. Varicele pot avea localizări multiple (membrele inferioare, scrot, abdomen, torace, esofag, etc.), apărând acolo unde din diferite motive, circulaţia venoasă este jenată şi sângele stagnează timp îndelungat în sistemul venos, ducând la dilataţia acestor vase. Cele mai frecvente sunt varicele membrelor inferioare şi datorită acestei frecvenţe crescute, deseori noţiunea de varice se confundă cu localizarea acestei afecţiuni la nivelul gambelor, uitându-se că astfel de dilataţii venoase pot avea şi alte localizări. Apărute ca o consecinţă a trecerii omului din starea de patruped la cea de poziţie ortostatică, varicele au preocupat lumea medicală din cele mai vechi timpuri, lucrări în această problemă fiind apărute cu 3000-4000 de ani înaintea erei noastre (134). Cu 2500 de ani î.e.n. grecii aplicau cu succes pansamente elastice în tratamentul complicaţiilor cutanate ale varicelor (140). Hipocrate trata varicele producând tromboze superficiale prin aplicare de puncte cu fierul roşu. Plutarh în "Vieţile oamenilor iluştri" descrie operaţia de varice aplicată lui Caius Marius (ligaturi etajate). Aceste operaţii au fost făcute şi perfecţionate de Celsius în secolul I, de Galen în sec. II, de Aetius în sec. III, de Paul de Egina în sec. VII. De 1200 de ani s-a pus la punct metoda de rezecţie a venei safene interne. Toate aceste metode au fost transmise şcolii arabe de medicină din secolul X şi secolul IX, de unde le-au preluat medicii francezi: Guy de Chaliac în sec. XIV, A. Paré în sec. XVI, Pierre Dionis şi Petit în sec. XVII şi XVIII, tehnici care au fost astfel prelungite până în secolul nostru (140).

B. Clasificarea varicelor

După modul de apariţie, după evoluţie, necesităţi terapeutice şi complicaţii, varicele au fost împărţite în 3 categorii (1):

- varice primitive sau esenţiale, care nu au fost precedate de procese patologice anterioare, sunt deseori familiale şi nu dau întotdeauna complicaţii importante;

- varice secundare, apărute în urma unor procese patologice anterioare grave (flebite profunde, neoplazii operate, accidente rutiere grave, fracturi, imobilizări la pat etc.) şi care au o evoluţie mai rapidă cu complicaţii frecvente, uneori invalidante;

- varice prin displazii congenitale ale sistemului venos al membrelor inferioare, care apar din copilărie sau adolescenţă, având o evoluţie variabilă, de cele mai multe ori nefavorabilă, cu lipsă de răspuns la tratamentul efectuat şi recidive frecvente.

Varicele esenţiale ale membrelor inferioare

Varicele primare ale membrelor inferioare constituie una dintre cele mai frecvente afecţiuni din patologia umană, după Occelli şi Langle (91) varicele se întâlnesc la

Scanned with OKEN Scanner

61,2% din femei şi la 29,2% din bărbaţi, iar tulburările funcţionale (produse prin dereglări ale circulaţiei de întoarcere), cunoscute şi sub numele de sindroame prevaricoase, sunt găsite la 40% dintre femei. Aşa se explică de ce, după Pinto-Ribbeiro (99) aproximativ 75% din femeile ţărilor avansate consultă pentru tulburări ale circulaţiei venoase. Borschberg (11) apreciază că în Anglia există peste 4.000.000 de pacienţi varicoşi în evidenţă. Dintre aceşti bolnavi 45% totalizează anual peste 30 de zile de concediu medical, iar 11% peste 100 zile de incapacitate de muncă în fiecare an (46).

Boala se întâlneşte mult mai frecvent la femei, dintre varicoşi 90% sunt femei şi numai 10% bărbaţi (99). Nu toate datele statistice sunt asemănătoare, mulţi autori arătând că în unele ţări frecvenţa varicelor este mai mare la bărbaţi. Bassi (6) trece în revistă datele mai multor autori, subliniind că fiecare autor care s-a ocupat de această problemă găseşte altă proporţie: Occelli 38% bărbaţi şi 62% femei; Buger 32% bărbaţi şi 68% femei; Raso 27% bărbaţi şi 73% femei; Degni 25% bărbaţi şi 75% femei; Mariano 36% bărbaţi şi 64% femei etc. Diferenţele semnalate se datorează în cea mai mare parte grupurilor de populaţie cercetate şi stadiului evolutiv al varicelor (1). Se pare că varicele simple şi necomplicate se întâlnesc mai frecvent la femei şi mai rar la bărbaţi. Datele din literatură pledează în acest sens: după Kappert (71), în varicele complicate 68% sunt bărbaţi şi 32% femei, după Huriez 68% bărbaţi şi 32% femei; după Linde 41% bărbaţi şi 59% femei etc. (81). Varicele sunt bilaterale la 60,9% din cazuri şi unilaterale la 39,1%. Ele apar de la 18-20 de ani şi frecvenţa lor creşte progresiv, odată cu vârsta. După Pinto-Ribbeiro (99) până la 18-20 de ani numai 2% din populaţie are varice. Între 20 şi 30 de ani, după cum arată Occelli şi Langle (91) varicele se întâlnesc la 14,4% din femei şi 14% din bărbaţi, până la 40 de ani fac varice 27% dintre femei şi 14% dintre bărbaţi, pentru ca până la 60 de ani varicele să fie întâlnite la 30,1% dintre femei şi 19,9% dintre bărbaţi. După Vieville (145) repartizarea varicelor după vârstă şi sex ar fi următoarea (Figura 22):

Repartizarea varicelor după vârstă şi sex

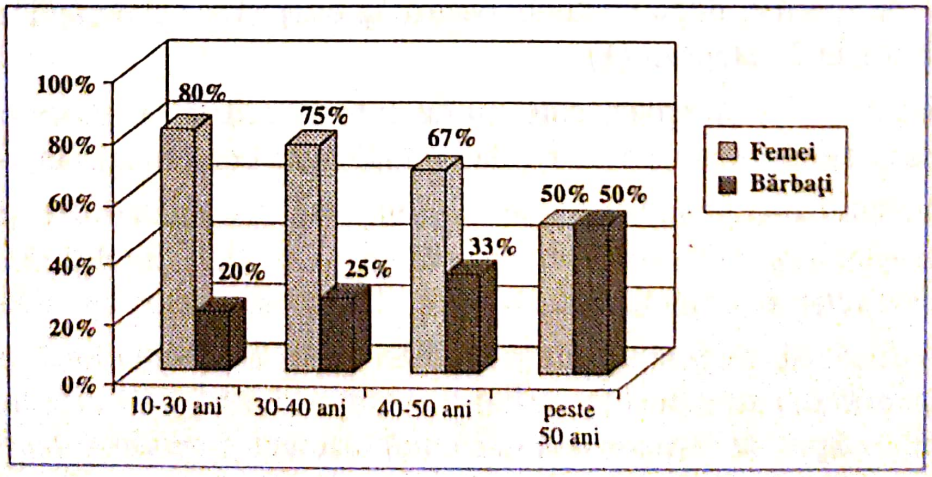


Figura 22 (după Vieville)

Griton şi colaboratorii (55) au constatat următoarea situaţie privind vârsta pacienţilor care consultă pentru varice: între 10 şi 20 de ani numai 1% din varicoşi, între 20 şi

Scanned with OKEN Scanner

30 de ani 13%, între 30 şi 40 de ani 26%, între 60 şi 70 ani 18%, între 70 şi 80 ani 6%, iar peste 80 de ani numai 3% (Figura 23). Femeile consultă mult mai tinere decât bărbaţii, frecvenţa maximă a apariţiei varicelor fiind între 30 şi 50 de ani, pe când la bărbaţi frecvenţa apariţiei este mai mare după 40 de ani.

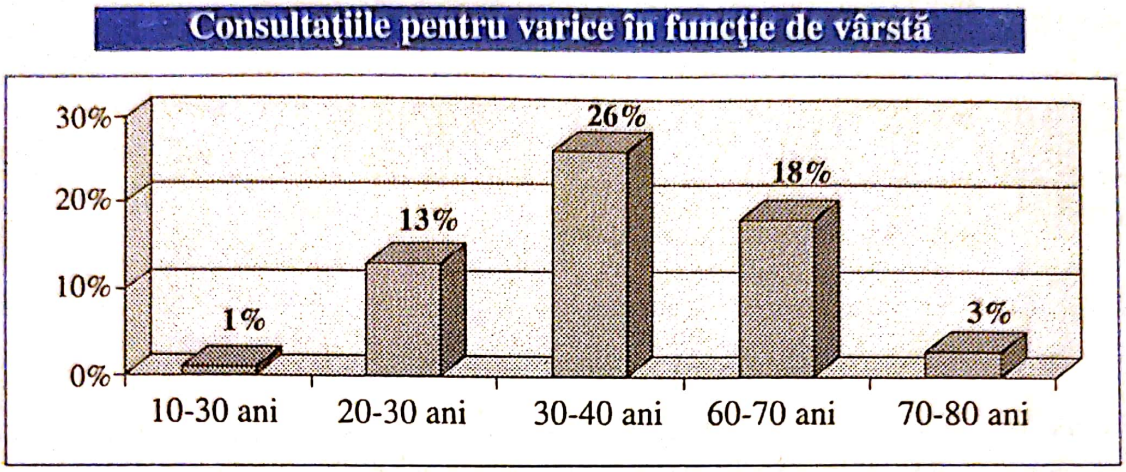


Figura 23 (după Griton)

C. Factorii de risc ai varicelor

Dezvoltarea varicelor primare sau esenţiale este strâns legată de prezenţa unor factori care le favorizează apariţia: ereditatea varicoasă, sarcinile repetate, ortostatismul prelungit, efectuarea de profesii ce necesită eforturi fizice mari, traumatismele repetate, sedentarismul, obezitatea (109).

• Antecedentele varicoase se întâlnesc la 68% din cazuri (131), uneori fiind discrete (varicozităţi intradermice, "labe de gâscă", telangiectazii, edeme pasagere ale membrelor inferioare). Tournay (139) găseşte antecedente varicoase până la 90% dintre pacienţii săi, dar Molan şi Ruberti socotesc că factorul ereditar este implicat la 50-85% din cazuri, fiind vorba de structura deficitară a ţesutului conjunctiv al pereţilor venoşi sau de unele defecte valvulare (absenţa lor, hipotrofie, număr redus etc.). Se pare că un rol îl joacă şi sexul părinţilor varicoşi: antecedente paterne se întâlnesc la 23% din cazuri, iar cele materne la 53,3% din cazuri. Rudele de gradul II sunt implicate numai la 12,33% (140). Dacă ambii părinţi au varice atunci aproape toţi descendenţii vor fi varicoşi. Moştenirea varicelor se face şi în funcţie de sexul copiilor. Astfel, dacă nici unul dintre părinţi nu are varice, după Cornu-Thenard (30), 25% din băieţi şi 15% din fete vor face varice; dacă unul din părinţi este varicos 26% din băieţi şi 58% din fete vor face varice; dacă ambii părinţi au varice 90% din băieţi şi 92% din fete vor prezenta varice (Figura 24). Este important de subliniat faptul că prezenţa altor factori de risc asociaţi varicelor: ortostatismul prelungit, naşteri multiple, obezitatea etc. favorizează şi mai mult dezvoltarea varicelor genetice (109). Modul de transmitere este încă discutabil. Se admite că s-ar transmite autosomal recesiv cu penetraţie variabilă. Sunt însă şi autori care invocă o transmitere autosomal dominantă. Existenţa unui număr important de factori de risc, ce acţionează pe lângă cei genetici, face în aşa fel încât rezultatul cercetărilor să fie discutabil (30).

Scanned with OKEN Scanner

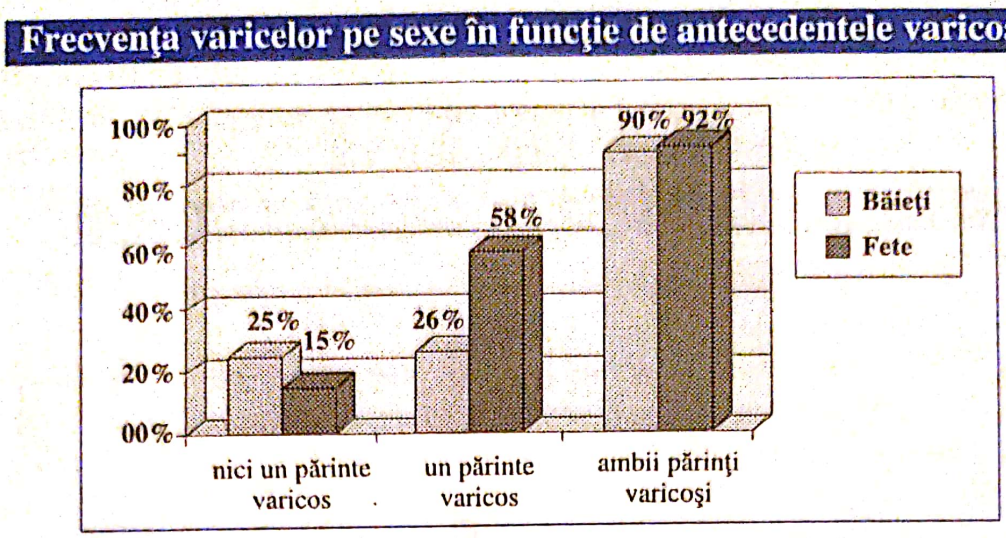


Figura 24 (după Conu-Thenard)

• Sarcina biciuieşte apariţia varicelor şi evoluţia lor la 45% din femeile varicoase. După Tournay (141), varicele apar după prima sarcină la 33,7% din femei, iar după a doua sarcină la 11,02% (9). Griton şi colab. (55) arată că la femeile varicoase ce nu au născut, varicele se asociază cel mult cu 4 semne clinice, după o sarcină apar 5 semne clinice, iar după 3 naşteri se ajunge la 6 semne clinice.

• Alt factor care agravează evoluţia varicelor îl constituie munca în poziţie ortostatică fără mişcare (ortostatism static). După datele statistice ale lui Reale (105), cel mai frecvent varicele apar în mediul industrial, unde frecvenţa este dublă faţă de alte profesii exercitate în ortostatism, dar unde ortostatismul se asociază cu mişcarea (agricultură sau comerţ). Astfel, s-a constatat că în Italia sudică, unde domină activitatea agricolă, frecvenţa varicelor este de 153 la 100 000, în partea centrală, cu industrializare medie, frecvenţa atinge 293 la 100 000, pe când în nord, unde există o intensă industrializare, incidenţa varicelor atinge 399 la 100 000 de locuitori (105). După studiul făcut la Bale în zonele cu industrializare maximă din Europa Occidentală, 50% dintre muncitori prezintă varice ale membrelor inferioare. Dintre aceştia, 30% au varice importante, iar 12% varice ce necesită tratament şi îngrijire medicală periodică şi care şi-au pierdut parţial capacitatea de muncă, necesitând frecvent concedii medicale (12). Varicele apar la 41% din muncitorii ce lucrează în ortostatism static, la 23% dintre hotelieri, la 18% dintre surorile medicale, la 31% dintre vânzători (165).

În ultimele 4 decenii numărul de varice în ţările avansate s-a triplat, iar cel al hemoroizilor s-a dublat, fenomenul fiind direct proporţional cu industrializarea şi migrarea populaţiei din mediul rural în cel urban. Numărul zilelor de incapacitate de muncă produs de varice a crescut în ultimele decenii de 4 ori (105).

După Mellot (82) în ţările lumii a treia (Egipt, Iran, Tunis) varicele sunt de trei ori mai rar întâlnite decât în Europa, iar în India această boală afectează numai 1% dintre adulţi. Şi în aceste ţări, pe măsură ce populaţia rurală migrează în zonele industrializate, frecvenţa varicelor creşte brusc comparativ cu populaţia de aceeaşi vârstă rămasă în mediul rural. Acest fenomen l-a constatat şi Vin (147) în Africa, Australia şi Noua Guinee.

Scanned with OKEN Scanner

• Traumatismele repetate. Un grup de persoane unde varicele sunt frecvent întâlnite este cel al sportivilor unde 85% fac varice (143) datorită traumatismelor, cu rupturi spontane ale venelor în cursul efortului sau deteriorării perforantelor. Se întâlnesc varice în fotbal, tenis, volei, halterofilie, canoe, rugbi, judo, karate etc. S-a constatat că după 45 de ani varicele post-traumatice apar de 4 ori mai frecvent la bărbaţi decât la femei (93), apariţia varicelor la femei fiind influenţată mai ales de secreţia hormonală (9/10 din varice apar la femei înainte de 45 de ani).

• După Schweiger şi Rodofsky (114) varicele la tineri sunt favorizate de sedentarism şi studiul prelungit la masa de scris. Ele apar mult mai rar la copiii care se joacă mai multe ore pe zi în aer liber, la cei care practică diferite sporturi.

După Tournay (138) chiar la persoanele unde varicele se instalează la vârste mai avansate, debutul bolii s-a făcut în jurul vârstei de 45 de ani, agravându-se progresiv.

• Obezitatea agravează evoluţia varicelor şi creşte frecvenţa complicaţiilor.

• Contraceptivele orale ce conţin etinilestradiol sunt contraindicate la persoanele cu tromboze venoase profunde în antecedente, iar în caz de administrare este necesar control periodic al coagulării etc.

Este recunoscut faptul că varice care au evoluat din tinereţe ajung la stadiul de decompensare globală şi mari tulburări trofice abia după 60 de ani.

Pe de altă parte, varicele apărute în copilărie sau adolescenţă evoluând pe un teren genetic au o evoluţie mai rapidă, cu decompensare la prima sarcină sau odată cu începerea executării profesiunii în poziţie ortostatică prelungită (26, 33).

În realitate, orice formă de varice evoluează spre agravare progresivă. Campaert şi Van der Molen (23) aduc o serie de argumente pentru a dovedi că "varicoza este un proces evolutiv", bolnavii care au făcut sclerozări de varice necesită în majoritatea cazurilor reintervenţii după un interval de 3 ani. De asemenea, după operaţii de varice este nevoie de reintervenţie în medie după 11 ani. Recidivele cele mai frecvente ar apărea între 45-55 ani, la femei în medie la 49 de ani şi la 54 ani la bărbaţi, în aceste perioade varicele având o evolutivitate accelerată. Această tendinţă la recidive este favorizată de profesiile exercitate în ortostatism. Se observă acest fenomen mai ales la femeile care lucrează în producţie şi unde la orele de serviciu se adaugă încă 6,3 ore de ortostatism pentru activitatea casnică (23).

Cheltuielile făcute de societate pentru bolnavii varicoşi sunt enorme: în Anglia, anual, 290 milioane lire sterline, în Franţa 14,7 miliarde franci, în Germania pe 1990 s-au cheltuit 2420 milioane mărci etc. (12). Se apreciază că pentru varice se cheltuiesc anual 1,5-2% din bugetul pentru sănătate al multor ţări europene. Vindecarea unui ulcer varicos costă între 230 şi 400 lire sterline în Anglia. Se apreciază că ulcerul varicos scade randamentul unui muncitor cu 30-40% (21). Un bolnav cu sechele de flebită ileo-femurală necesită cheltuieli anuale în Anglia de 40 000 lire sterline. Incapacitatea de muncă pentru un bolnav cu insuficienţă venoasă cronică este de 27-60 zile pe an. Un mare număr dintre aceşti bolnavi sunt pensionaţi înainte de vreme (în Portugalia în medie cu 9 ani). Pentru vindecarea unui ulcer varicos este necesar să se

Scanned with OKEN Scanner

facă în medie 120 de pansamente, uneori durata îngrijirii întinzându-se pe o perioadă de 40 de săptămâni. În 1991 costul pentru varice în Franţa a fost de 14,7 miliarde franci francezi, adică 2,6% din bugetul pentru sănătate.

D. Manifestări clinice ale varicelor (decompensarea funcţională a circulaţiei varicoase sau mica insuficienţă venoasă)

Simptome subiective, cunoscute şi sub numele de tulburări funcţionale, se întâlnesc după Pinto-Ribbeiro (99) la aproximativ 80% dintre varicoşi. La 20% dintre cazuri, în special la bărbaţi, varicele nu se asociază cu simptome subiective, fapt ce determină pe bolnav să nu le dea nici o atenţie. S-a constatat că 9/10 dintre tulburările funcţionale ale varicoşilor apar la femei, la acestea simptomele fiind uneori foarte supărătoare, astfel încât se cere cu insistenţă tratament. S-a constatat că nu există o corelaţie directă între intensitatea tulburărilor funcţionale ale unor bolnavi şi importanţa dilataţiilor varicoase. Există cazuri cu varice gigante fără nici un fel de tulburări subiective, aşa cum întâlnim cazuri cu varice discrete asociate cu simptomatologie bogată, care ajunge să nevrozeze deseori bolnavii (în majoritatea cazurilor femei). După Siedowsky şi colab. (117), tulburările funcţionale apar la 85% din cazurile de varice la femei, fiind bilaterale la 69% din cazuri şi cu agravare estivală la 68% din cazuri. Aceste simptome sunt următoarele: senzaţia de gambe grele, senzaţii dureroase la nivelul gambelor, edeme şi tumefieri ale gambelor, crampe nocturne, senzaţii de arsură şi de pişcături, sindromul gambelor neliniştite nocturn, prurit al gambelor, senzaţia de pulsaţie a gambelor, furnicături etc.

Dintre tulburările subiective prezentăm mai pe larg:

- Senzaţia dureroasă la nivelul gambelor afectate, apare de cele mai multe ori sub formă de polialgii nocturne, mai frecvente la femeile tinere ce suferă de varicozităţi difuze (varice albastre). Aceste dureri difuze apar sub formă de crize paroxistice de dureri vii, care trezesc bolnavul din somn, îl sperie şi determină deseori apariţia de insomnii şi stări nevrotice. Se întâlnesc la 55% din cazuri (55), mai ales după ortostatism îndelungat, după expunere la căldură sau călătorie prelungită cu gambele atârnate, când pot avea un caracter diurn cu exacerbare vesperală, dovedindu-se rezistente la antialgice, la repaus sau clinostatism în poziţia cu gambele ridicate (54).

Durerile varicoase sunt foarte variate, uneori capricioase, aceste deosebiri de intensitate, de localizare, de durată şi răspuns la terapia instituită neputând fi întotdeauna explicate.

Mai sunt dureri la varicoşi ce au localizare în jurul articulaţiei genunchiului şi în zona poplitee, sau la nivelul picioarelor, produse de asocierea varicelor cu artroza tibiotarsiană sau tarso-metatarsiană (96). În plus, aceste tulburări de statică duc la încetinirea fluxului sanguin în vene cu 40-80% în poziţia orizontală şi cu 80-90% în poziţie verticală. Staza prelungită în tot sistemul venos poate duce la asocierea durerilor articulare, cu dureri în zona moletului, acestea din urmă fiind accentuate de oboseală şi ortostatism prelungit. După Nebot (89) bolnavii sunt tentaţi să acorde varicelor vina pentru orice durere situată la nivelul membrelor inferioare, după logica "am va-

Scanned with OKEN Scanner

rice, le văd, ele sunt cauza suferinţei mele". Sunt, astfel, atribuite varicelor dureri produse de: sciatică ce au localizări numai la nivelul moletului sau pe partea internă a coapsei, dureri date de coxartroză, de chistul sinovial grăsos al zonei poplitee, de tendinitele tendonului lui Ahile, entorsa genunchiului, osteofitele calcaneului şi hematomul plantar.

O particularitate a durerii varicoase este localizarea ei la nivelul moletului, această durere apare frecvent în repaus, fiind accentuată de oboseală şi ortostatism static prelungit. Se produce o stază la nivelul compartimentului muşchilor gambei, cu tulburări ale pompei moletului, care se instalează mai ales atunci când sistemul valvular al venelor profunde şi al venelor perforante nu funcţionează (30, 132). Staza duce la tulburări de oxigenare a muşchilor şi terminaţiilor nervoase, precum şi la acumularea de metaboliţi, unii dintre ei având o importantă activitate algogenă. La unele cazuri durerea este strict localizată la nivelul venelor dilatate şi este cunoscută sub numele de "flebalgie". Aceste dureri la nivelul unor pachete de vene ectaziate apar la 34% din cazuri (145). În rare cazuri durerea se instalează pe măsură ce se desfăşoară un efort sau după mers, luând uneori aspect de "pseudoclaudicaţie". Apariţia capricioasă a durerii: la efort sau în repaus, ziua sau noaptea, însoţită de arsură sau de senzaţie de constricţie locală, la începutul nopţii, în mijlocul ei sau la deşteptare sunt tot atâtea particularităţi ale durerii varicoase, încât numai rareori se întâlnesc două cazuri asemănătoare.

• Senzaţia de greutate la nivelul gambelor (sindromul gambelor grele), însoţită de senzaţia de apăsare, se întâlneşte la aproximativ 40-80% dintre varicoşi (90). Aceste simptome pot apărea şi în afara prezenţei varicelor, fiind întâlnite la aproximativ 30% dintre femei, care fac stază venoasă fără prezenţa de vene varicoase evidente (tulburări funcţionale ale circulaţiei de întoarcere). Fenomenul este manifest mai ales dimineaţa, dar poate fi întâlnit şi seara mai ales atunci când în cursul zilei de lucru s-au depus eforturi deosebite. Se pare că acest fenomen este mai frecvent întâlnit în cazul incontinenţei valvulei safenei externe şi a comunicantelor dintre safena internă şi cea externă (22). După Griton (55), până la 30 de ani apare această senzaţie la 30% din cazuri, după 40 de ani la 40%, iar după 60 de ani la 55% din cazurile de varice la sexul feminin. Dintre persoanele care prezintă sindromul gambelor grele, 85% sunt femei. Etiologia acestui sindrom este, după Chardonneau (27), următoarea: lipoedemul, prezent la 54% din cazuri; varicele, prezente la 31% din cazuri; edemele membrelor inferioare de cauză neprecizată, la 9%; limfedeme la 3% şi sindromul postflebitic la 3%.

Din aceste date se înţelege că deseori sindromul gambelor grele apare prin aşa-zisele "tulburări funcţionale" ale circulaţiei de întoarcere. Alteori se asociază cu o varicoză difuză a gambelor, cu varice în reţea ("nesistematizate"), fără interesarea celor două safene, situaţie cunoscută sub numele de "sindromul prevaricos". Lipoedemul care constă în infiltraţia grăsoasă a stratului subcutanat cu tulburări ale circulaţiei de întoarcere este de fapt principala cauză a acestor tulburări.

• Sindromul gambelor fără repaus (sindromul gambelor neliniştite nocturn), descris în 1954 de Ekbom, se manifestă sub formă de senzaţii diestezice la nivelul gambelor,

Scanned with OKEN Scanner

o stare de disconfort, mai mult dezagreabilă decât dureroasă. Această stare apare mai ales în repaus, în cursul nopţii, când declanşează o dorinţă nestăpânită de a mişca gambele, de a le fricţiona. Din această cauză li se mai spune şi "sindromul gambelor neliniştite nocturn". Se întâlneşte la 14% din populaţie (90) şi este, după Carpentier şi Franco (24), mai frecvent la persoanele între 30 şi 50 de ani. Femeile au de două ori mai frecvent acest sindrom decât bărbaţii. Deseori această senzaţie de nelinişte se asociază cu parestezii care sunt bilaterale, localizate la nivelul moletului. Numai în mod excepţional interesează coapsa sau piciorul. Sunt localizate în profunzime, la nivelul maselor musculare şi oaselor. Se pot asocia senzaţii dezagreabile de fibrilaţii musculare, arsuri osoase, furnicături şi pişcături profunde.

Toate aceste simptome subiective nu lasă pe bolnav să se odihnească, îl obligă să schimbe poziţia gambelor în pat, să le maseze şi să se mişte în continuu, să facă mişcări de flexie şi extensie. Fenomenele apar fără nici o regulă, se repetă după pauze de câteva minute, iar durata crizelor nu este mai mare de 2-3 minute.

• Crampe musculare ce apar mai ales noaptea, se întâlnesc mai frecvent la cazurile cu insuficienţă a venei safene interne. Se întâlnesc la 18-20% dintre varicoşi (22). Atunci când se repetă şi au o intensitate mai mare neliniştesc bolnavul şi deseori constituie cauza principală pentru care pacienţii se adresează medicului. Frecvenţa crampelor creşte cu vârsta. După Griton (55) până la 20 de ani nu se întâlnesc decât la 5% dintre varicoşi, după 25 de ani la 25% dintre ei, pentru ca după 40 de ani să se ajungă la 33% din cazuri, iar la vârstnici să fie întâlnite până la 60% dintre bolnavi.

• Pruritul varicos se asociază cu o stare de tensiune locală şi apare în faza de instalare a decompensării venoase, fiind situat de cele mai multe ori pe traiectul venelor safene, produs de reflexul lung. El poate fi de două categorii: prurit varicos adevărat (produs de prezenţa varicelor şi a stazei) sau prurit iatrogen, determinat de aplicaţii locale ale unor pomezi în scop terapeutic. Această delimitare este, după Owens şi colab. (94), deosebit de importantă în precizarea atitudinii terapeutice a acestui simptom. Dacă nu se înlătură substanţa alergizantă se ajunge uşor la eczema varicoasă (137), adevărată infirmitate pentru bolnav deoarece aceasta odată instalată prezintă o mare capacitate de recidivă şi extindere.

• Simpatalgii venoase manifestate prin senzaţia de constricţie locală, de arsură difuză, de înţepături sau pişcături. Se întâlnesc mai frecvent în insuficienţele unei safene externe (92), fiind întâlnite după Griton (55) la 27% din cazuri.

Simptomele obiective constau în prezenţa de varice şi în edeme.

Edemul membrelor inferioare (flebedemul) poate să apară la majoritatea varicoşilor. El poate fi ocazional (produs de un proces de decompensare funcţională a sistemului venos al membrelor inferioare), dar poate fi şi permanent, cu agravare progresivă (produs de instalarea insuficienţei venoase cronice). Dacă edemul ocazional are indicaţii pentru cura de flebotonice şi aplicarea de contenţie elastică, edemul care apare zi de zi şi se amplifică progresiv este o indicaţie pentru a se face cura chirurgicală a varicelor.

Diagnosticul de varice simple este foarte simplu şi este în majoritatea cazurilor pus de bolnav înainte de a consulta. Din punct de vedere clinic varicele au o mare varie-

Scanned with OKEN Scanner

tate de manifestări, a căror clasificare este dificilă. Au fost făcute mai multe propuneri de clasificare a varicelor, dintre care citãm clasificarea CEAP şi cea a autorilor englezi.

Clasificarea CEAP împarte varicele după 4 criterii: Clinice, Epidemiologice, Anatomice şi Patofiziologice. După această clasificare la fiecare dintre cazuri se trece situaţia fiecăruia din cele 4 criterii (după Ramelet şi Monti) (103, 155).

- **Clasificarea clinică** are 6 grade (C0 - C6) şi 2 evaluări ale simptomelor subiective: A = asimptomatic şi S = simptomatic:

- *Criterii clinice obiective:*

- C0 = fără semne clinice de boală varicoasă;
- C1 = prezenţa de telangiectazii şi varice reticulare;
- C2 = varice sistematizate (ale celor 2 vene safene);
- C3 = edeme;
- C4 = tulburări trofice (pigmentaţii, dermatită de stază, hipodermită);
- C5 = tulburări trofice şi cicatrici de ulcere;
- C6 = tulburări trofice şi ulcere deschise.

- *Criterii clinice subiective:*

- A = asimptomatice
- S = simptomatice

- *Clasificarea etiologică are 3 criterii:* Ec, Ep şi Es:

- Ec = etiologie congenitală;
- Ep = etiologie primară (cauze nedeterminate);
- Es = etiologie secundară (postflebitică, posttraumatică).

- **Clasificarea anatomică** se referă la: varice anatomic superficiale (As); varice anatomic profunde (Ad), d = deep = profund; varice secundare unor perforante insuficiente (Ap).

- *Sistemul venos superficial (As),* cu următoarele subgrupe:

1 = telangiectazii, varice reticulare;
2 = marea safenă, deasupra genunchiului;
3 = marea safenă, sub genunchi;
4 = mica safenă;
5 = varice nesafeniene.

- *Sistemul venos profund,* cu următoarele subgrupe:

6 = vena cavă inferioară
7 = vena iliacă comună
8 = vena iliacă internă
9 = vena iliacă externă

Scanned with OKEN Scanner

10 = venele pelvine

11 = vena femurală comună

12 = vena femurală internă

13 = vena femurală superficială

14 = vena poplitee

15 = venele gambiere (tibiala anterioară, tibiala posterioară, peroniera)

16 = venele musculare (gemelare, soleare).

- *Sistemul venelor perforante:*

17 = coapsă

18 = gambă.

- **Clasificarea patofiziologică** are următoarele puncte: Pr, Po şi Pro.

- Pr = perforante cu reflux;
- Po = perforante obliterate;
- Pro = perforante cu reflux şi cu obliterare.

- Scorul de severitate a disfuncţiilor venoase cronice

- *Scorul anatomic,* de la 0 la 3 puncte. Atingere superficială, profundă şi a perforantelor câte 1 punct (în total 3 puncte).

- *Scorul clinic* - poate acumula până la 18 puncte:

- durere: absentă = 0; moderată = 1; severă = 2;
- edeme: absente = 0; moderate = 1; importante = 2;
- claudicaţie venoasă: absentă = 0; moderată = 1; invalidantă = 2;
- pigmentaţie: absentă = 0; localizată = 1; întinsă = 2;
- hipodermită: absentă = 0; localizată = 1; întinsă = 2;
- mărimea ulcerului: absent = 0; până la 2 cm = 1; peste 2 cm = 2;
- durata ulceraţiei: recentă = 0; sub 3 luni = 1; peste 3 luni = 2;
- recidiva ulceraţiei: absentă = 0; ulcer cicatrizat = 1; recidive = 2;
- număr de ulcere: absent = 0; 1 = 1; multiple = 2;

- *Scor de invaliditate* - de la 0 la 3 puncte:

0 = asimptomatic;

1 = simptomatic, cu rezolvare prin feşi elastice;

2 = poate lucra 8 ore pe zi cu aplicare de contenţie;

3 = invalid (chiar cu contenţie).

- Exemplu de calculare a scorului unui caz care prezintă: insuficienţa safenei mici, cu perforante insuficiente la gambă, cu hipodermită scleroasă, cu dureri şi cicatrice după un ulcer varicos: scor - C5S, Ep, As4p18, Pr (C5 = tulburări trofice şi cicatrici de ulcer, S = simptomatice, Ep = etiologie primară, As = varice anatomic superficiale, 4 = mica safenă, p18 = 18 puncte, Pr = cu perforante de reflux).

Scanned with OKEN Scanner

- *Clasificarea engleză* împarte varicele în două categorii:

• Categoria I, denumite şi varice reticulare telangiectazii sau dezordini ale circulaţiei venoase, considerate ca formă uşoară şi care se întâlneşte la 44% dintre varicoşii care consultă.

• Categoria II, varicele tronculare sau varicele maladie, constituie 56% dintre varicele care consultă. Această categorie a fost împărţită în două părţi:

▪ subgrupa cu insuficienţă venoasă uşoară, unde varicele nu se asociază cu tulburări trofice cutanate;

▪ subgrupa gravă, unde varicele sunt asociate cu tulburări trofice cutanate (eczeme, hipodermite, ulcere cronice etc.).

E. Examenul clinic

I. Varicele primare

a. Varicele de categoria I sau varicele nesistematizate

- Varicele reticulate şi telangiectazice (varice nesistematizate) au fost împărţite în trei categorii: varicozităţi albastre, pete albastre şi varicozităţi reticulate (71).

• *Varicozităţile albastre.* Este vorba de dilataţii ale venelor intradermice, ale plexurilor subpapilare, mai frecvent întâlnite la femei, şi în care dilataţia venulelor produsă de staza venoasă se asociază cu dilataţia capătului venos al capilarelor, formând sub piele o reţea vasculară ce poate căpăta cele mai variate configuraţii. Zonele afectate apar de culoare albastră sau roşie, cu o venulă dilatată din care pleacă apoi reţeaua de arborizaţii venulare luând forme bizare, de unde şi denumirea lor de "varicozităţi în labă de gâscă", "în mătură", "sub formă de păianjen", "în jet de stropitoare", "în evantai", "în stea", sub formă de "arborescenţe", "în ciorchine de strugure", "în groapă de obuz" etc. Întotdeauna aceste varicozităţi superficiale colectează către o venă mare (uneori evidentă sub piele, alteori ascunsă în profunzime) denumită vena nutritivă sau vena mamă. Cea mai frecventă localizare a telangiectaziilor este la nivelul treimii superioare a gambelor şi la nivelul coapselor, fiind aproape întotdeauna simetrice.

Uneori arborizaţiile din jurul venulei principale au o culoare roşiatică şi sunt dispuse regulat, sub formă de stea. Ele dispar complet la vitropresiune şi se congestionează rapid după suspendarea compresiei. Aceste varicozităţi se dezvoltă pornind de la venele plonjante ale lui Delater (22).

La majoritatea cazurilor varicozităţile albastre se asociază cu o simptomatologie bogată: dureri chinuitoare situate în zona respectivă: senzaţie de gambe grele, senzaţie de arsură locală etc. Pe de altă parte, aceste varicozităţi, intens colorate faţă de pielea normală, ridică probleme deosebite de estetică, cerinţele de tratament pentru acest motiv fiind mai frecvente decât consultul pentru simptomele subiective neplăcute. S-a observat că durerile locale apar mai frecvent în perioada ciclului menstrual.

La majoritatea acestor cazuri varicozităţile albastre constituie singura manifestare a varicelor, dar sunt destule cazuri unde ele se asociază cu varice reticulare sau chiar

Scanned with OKEN Scanner

cu insuficienţe ale venelor safene. Telangiectaziile constituie un "marker" al alterării anatomice şi funcţionale a sistemului venos profund.

Culoarea telangiectaziilor depinde de calibrul venelor dilatate: în cazul telangiectaziilor roşii diametrul venulei este de 0,1-0,4 mm; telangiectaziile albastre au diametrul de 0,4-1,0 mm şi sunt situate la 0,6 mm profunzime; telangiectaziile violacee, cu diametrul de 0,6-2 mm sunt situate la 0,6 mm profunzime; varicozităţile reticulare au culoarea albastră, diametrul de 0,6-4 mm şi sunt situate la 0,6 mm profunzime; varicele tronculare sau nutritive au diametrul de peste 3 mm şi sunt situate la 0,7 mm adâncime.

S-a constatat că la cazurile unde primele manifestări ale bolii varicoase sunt de categoria varicozităţilor albastre în anii următori apare mai rar marea insuficienţă venoasă cu decompensarea venelor safene şi a venelor perforante. Aceste cazuri nu vor face aproape niciodată ulcere varicoase.

• *Petele albastre sau petele de stază* constituie deseori primele semne ale sechelelor de flebită profundă. Ele se localizează mai ales pe partea internă a piciorului sau în treimea inferioară a gambei (71).

Aceste varicozităţi sub formă de pete albastre dispar la vitropresiune. Ele au uneori suprafaţa neregulată, aceasta fiind produsă de venele subcutanate şi intradermice dilatate în mod neuniform. Cele mai multe pete albastre apar pe partea internă a piciorului şi în zona perimaleolară, constituind una din primele manifestări ale sindromului postflebitic şi ale decompensării circulaţiei venoase profunde ("coroana flebectazică paraplantară"). Pe măsură ce insuficienţa venoasă postflebitică avansează, petele albastre se pot transforma în adevărate varice reticulare sau organizate "în ghem", vizibile de la distanţă.

• *Varicele reticulare* se manifestă sub formă de venectazii care proemină sub piele, fiind dispuse în formă de reţea neregulată. Venele afectate au diametre de 2-4 mm. Sunt situate în hipoderm, au dispoziţie în ochiuri de plasă şi au localizare prevalentă pe creasta poplitee şi pe faţa externă a membrelor inferioare. Ele sunt uneori venele nutritive ale unor plăci de telangiectazii care îmbracă aspectul de "pin maritim". Venele dilatate nu respectă niciodată dispoziţia marilor trunchiuri venoase ale membrelor inferioare, safena internă şi cea externă nefiind dilatate. Crosele celor două safene nu sunt insuficiente, la fel şi venele perforante. Subiecţii bolnavi prezintă diferite tulburări funcţionale, dar obiectiv nu se găsesc semnele clinice ale marii insuficienţe venoase.

Uneori, aceste varicozităţi sunt localizate numai în anumite zone când avem aşa-zisele varice anarhice sau varice de tip feminin. Este vorba de varice apărute la femei multipare, ce interesează numai anumite ramuri venoase cu localizare în 1/3 superioară a gambei sau în treimea inferioară a coapsei. Venele safene sunt normale. Venele anarhice se formează prin decompensarea izolată a unor vene perforante prin care sângele din sistemul profund refluează sub presiune în sistemul venos superficial, ducând la dilatarea lui segmentară.

Scanned with OKEN Scanner

b. Varicele de categoria II, varicele tronculare, varicele sistematizate sau boala varicoasă propriu-zisă

Varicele de categoria II, varicele tronculare, varicele sistematizate sau boala varicoasă propriu-zisă se împart în două categorii: varice cu insuficienţă venoasă uşoară sau compensată (fără tulburări trofice) şi varice decompensate, marea insuficienţă venoasă sau varicele însoţite de tulburări trofice (22).

- *Varice compensate:* apar ca nişte cordoane subcutanate, proeminente, vizibile de la distanţă care interesează trunchiul celor două safene şi accesoriile lor, fiind însoţite sau nu de o reţea varicoasă difuză mai mult sau mai puţin întinsă.

Există două forme de varicoză a safenelor, după mecanismul de apariţie a dilataţiei venoase:

- prin insuficienţa valvulei ostiale de la nivelul crosei venei safene, sângele din sistemul venos profund fiind propulsat în afară în cursul contracţiei musculaturii pompei musculare, crescând staza venoasă periferică urmată de dilatarea safenei (mecanism întâlnit la aproximativ 30% din varicele sistematizate);

- prin alterare parietală şi deteriorarea structurii conjunctive a pereţilor venoşi care duce la scăderea tonusului venos, a capacităţii de contracţie a venelor şi la dilataţia lor atunci când sunt supuse solicitării ortostatice (la aceste cazuri valvula ostială este normală devenind tardiv insuficientă numai când se produce o dilataţie excesivă a lumenului venos iar valvele nu se mai pot închide ermetic, în primul rând cele ale perforantelor).

Putem rezuma astfel apariţia varicelor în sistemul venei safene interne:

- prin insuficienţa valvulei ostiale şi apariţia iniţială de varice ale coapsei produse de suprasolicitare;

- prin insuficienţa de perforante şi varice secundare pe traseul gambier al safenei;

- prin perforante multiple insuficiente şi dezvoltare de varice secundare segmentare;

- prin decompensare atât a valvulei ostiale cât şi a perforantelor, cu varice dezvoltate pe toată gamba şi insuficienţa funcţională venoasă (Figura 25).

- Varicele sistemului safenei interne (safena mare) se dezvoltă pe partea internă a membrului inferior, întinzându-se de la maleolă şi până în regiunea inghinală, unde formează o buclă (crosa safenei interne) şi se varsă în vena femurală (Figura 7). La 15-30% din cazuri vena safenă internă este dublă în regiunea de deversare în vena femurală, aspect puţin cunoscut şi care generează deseori insuccese ale tratamentului chirurgical (se secţionează numai o ramură, cealaltă rămânând pe loc, ducând la recidiva varicelor). La nivelul crosei safenei interne există o valvulă (valvula crosei safene interne), aceasta împiedicând refluxul sanguin din vena femurală în safena internă (Figura 8). La un număr important de cazuri (apreciat de Kappert până la 30% din varicoşi) această valvulă lipseşte sau este hipotrofică, în felul acesta sângele din vena femurală este refluat în vena safenă ducând la dilatarea ei în mod patologic şi la dezvoltarea de tip varicos a acestei vene. Problema în aceste cazuri nu poate fi rezolvată decât prin ligatura şi rezecţia crosei.

Scanned with OKEN Scanner

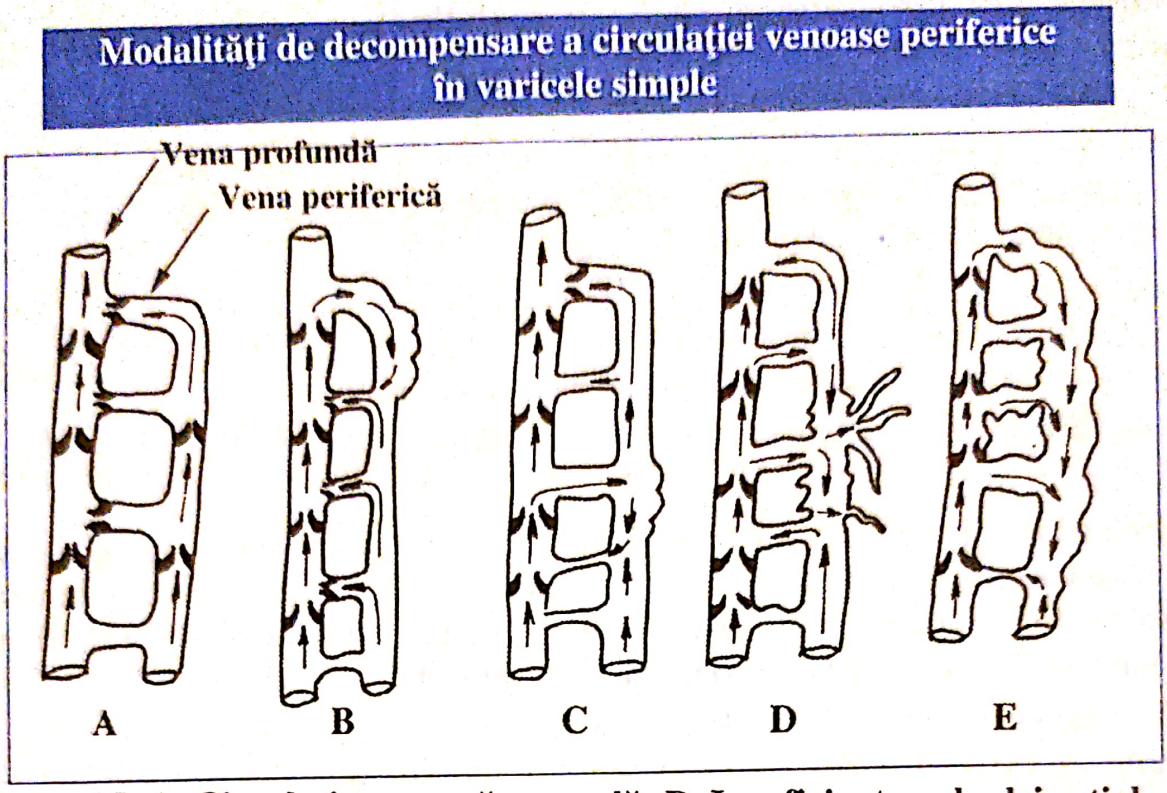


Figura 25. A. Circulaţia venoasă normală; B. Insuficienţa valvulei ostiale a safenei interne; C. Insuficienţa de vene perforante; D. Insuficienţa de perforante cu formare de varice secundare; E. Insuficienţa globală a venelor periferice

• Vena safenă internă decompensată duce la apariţia unei reţele dense de varice situate pe partea internă a membrului inferior prin dezvoltarea venelor sale accesorii. La nivelul gambei există două vene accesorii: vena accesorie anterioară şi vena Leonard (accesoria posterioară). Şi la coapsă există două accesorii ale venei safene interne: una anterioară (ce pleacă de la nivelul superior al gambei şi urcă pe partea internă a coapsei, unindu-se cu safena internă aproape de crosă) şi o safenă posterioară (care este mult mai scurtă), cunoscută şi sub numele de vena accesorie a lui Cruveilher. Tot pe partea posterioară a coapsei se găseşte şi vena Giacomini, care leagă între ele cele două vene safene (safena mică şi safena mare). Aceste vene pot fi dezvoltate în mod uniform, formând o reţea bogată, însă există şi numeroase cazuri unde este dezvoltată numai vena safenă internă pe tot parcursul ei sau numai un fragment din ea. Pot apărea şi cazuri cu dezvoltarea numai unora din venele accesorii ale safenei interne astfel că aspectul clinic variază de la un caz la altul. După Hach (71) există 4 stadii de insuficienţă a safenei interne:

- stadiul I - insuficienţa ostială şi a primelor 2 valvule de sub crosă;
- stadiul II - insuficienţa crosei şi a safenei interne până la un lat de palmă deasupra genunchilor;
- stadiul III - crosa şi safena internă, un lat de palmă sub genunchi;
- stadiul IV - crosa şi safena internă până la maleola internă.

Scanned with OKEN Scanner

Insuficienţa venei safene interne este cauza principală a varicozei esenţiale a membrelor inferioare, Wallois arătând că sistemul acestei vene este insuficient la 90% dintre varicoşi. În plus s-a constatat că deseori insuficienţa safenei externe se datorează unei dilataţii primare iniţiale a venei safene interne. La 53% din cazurile de varice ale safenei interne se găseşte o devalvulare completă a venei şi în 31,5% o devalvulare parţială, asociată cu o insuficienţă de perforante. La 21% se asociază o insuficienţă a venei accesorii anterioare a coapsei, la 11% a venei accesorii posterioare a coapsei, la 35% a venei accesorii anterioare a gambei şi la 24% a venei accesorii posterioare a gambei (Gueux, 56). Varicele safenei mari se asociază în 39% din cazuri cu insuficienţă de perforante: în 24% a perforantelor Cockett, în 10% a perforantelor din 1/3 superioară a gambei şi în 5% a perforantelor coapsei (fapt deosebit de important pentru cura chirurgicală a varicelor).

• Vena safenă mică sau safena externă formează reţeaua venoasă situată în partea posterioară a gambei. De cele mai multe ori se asociază cu dilataţii ale safenei interne. Numai la 1/10 dintre varicoşi se găseşte dilataţia izolată a acestei vene. După Frizzi şi colab. (103) safena externă este insuficientă numai la 8-13% din varicoşi (Figura 9), dar după Myers (65) este însă interesată la 33% din cazurile cu ulcer varicos. Varicele safenei mici se asociază cu reflux prin perforante la 63% din cazuri (Myers). Trebuie ţinut seama că această venă se varsă în 75% din cazuri direct în vena poplitee, iar în 25% din cazuri în safena internă sau se pierde în reţeaua venoasă superficială a gambei. Din această venă se pot dezvolta două ramuri colaterale (formate prin decompensarea unor perforante) situate una deasupra maleolei externe şi alta situată spre creasta poplitee. Clasic safena mică prezintă 5 tipuri anatomice (Bouchet, 13):

- Tipul I, unde safena mică se varsă în vena poplitee, întâlnit la 59,5% din cazuri;
- Tipul II, unde safena mică se varsă în safena mare: 14,5% din cazuri;
- Tipul III, unde safena mică se varsă în venele musculare ale moletului: 12,4% din cazuri;
- Tipul IV, unde safena mică, prin intermediul perforantelor, se varsă direct în venele profunde la nivelul gambei: 10% din cazuri;
- Tipul V, unde safena mică se pierde în reţeaua venoasă superficială: 3,5% din cazuri.

Intervenţiile pe aceste vene dependente de safena mică trebuie să se asocieze cu ligatura subfascială a acestor vene perforante. În ansamblu se recunoaşte că vena safenă externă devine incontinentă de 35 de ori mai rar decât safena internă. Asociaţia directă a insuficienţei celor două vene safene s-ar întâlni după Wallois (149) la 25-45% din cazuri unde cura chirurgicală trebuie să se asocieze concomitent celor două vene (exereza numai uneia dintre ele duce la recidivă după scurt timp). După Nabatoff (89) safena mică se varsă în vena poplitee în 60% din cazuri, în venele profunde ale coapsei în 30%, iar în 10% în venele profunde ale gambei. În cazul varicelor recidivante după cura chirurgicală în 24,1% din cazuri recidiva apare la nivelul venelor safenei mici datorită nedepistării şi ligaturării corecte a acestor vene.

Scanned with OKEN Scanner

• Vena gemelară internă ca sursă de varice este întâlnită la 5,7% dintre varicoşi, unde determină instalarea insuficienţei venoase cronice. Această venă este cel mai mult expusă presiunii exercitate de pompa musculară a gambei ("o pompă aspiratoare-respingătoare distributivă şi direcţionată"), care exercită o presiune de 200-300 mmHg. Perforantele venei gemelare interne sunt supuse acestei "lovituri de berbec" şi pot ceda, ducând la apariţia de varice secundare. Pe această venă se dezvoltă frecvent flebite superficiale şi la această localizare cheagul se poate extinde uşor şi în venele musculare ale gambei.

Insuficienţa safenei mici produce ulcere situate pe partea externă a gambei, în zona perimaleolară.

II. Varicele secundare sau postflebitice

După Mungioli (77) o tromboflebită profundă a membrelor inferioare evoluează în trei faze, aceasta explicând şi simptomatologia ei (Figura 26).

Modalităţi de instalare a insuficienţei venoase a safenelor în sindromul postflebitic

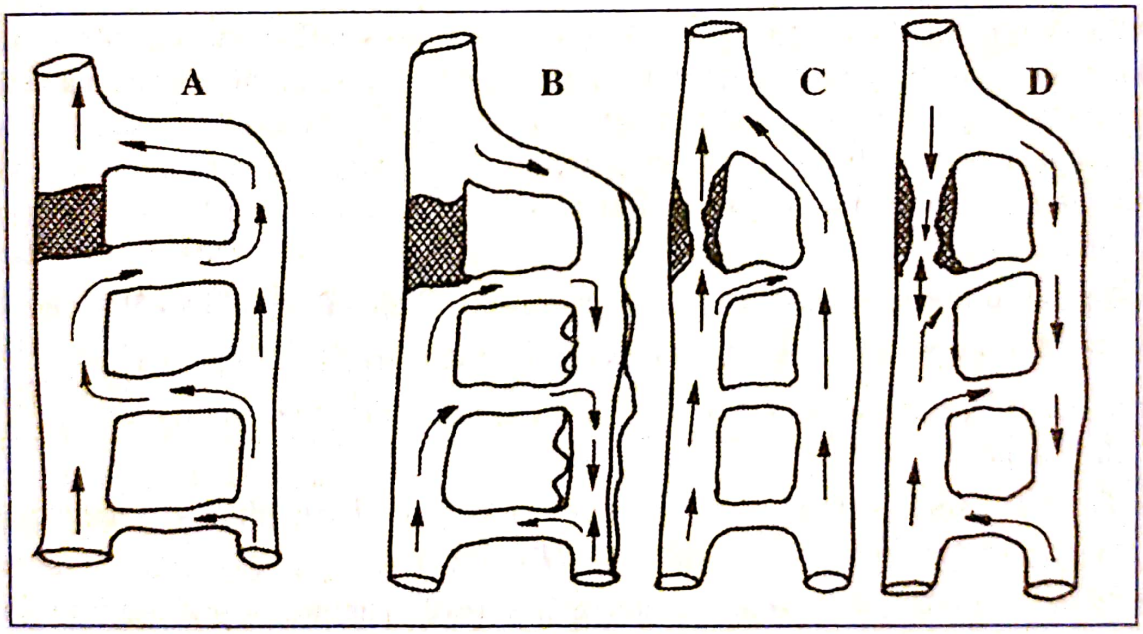


Figura 26. A. Sindrom obstructiv compensat, B. Sindrom obstructiv decompensat, C. Sindrom de recanalizare compensat, D. Sindrom de recanalizare decompensat

• Faza I de obstrucţie a venelor profunde sau de blocaj (sindromul obstructiv compensat), care duce la instalarea hipertensiunii venoase în aval de zona obliterată cu edeme, congestia venelor normale sau varicoase ale gambei şi piciorului, cu formarea "coroanei venoase paraplantare postflebitice".

• Faza II de forţare a perforantelor (sindrom obstructiv decompensat), cu insuficienţă de reflux, când încep să se dilate venele dependente de perforantele solicitate, cu formarea de varice. Aceste varice se localizează în zonele bogate în perforante (1/3

Scanned with OKEN Scanner

inferioară a gambei, pe partea internă şi 1/3 superioară), aceste varice având o evoluţie rapidă şi fiind însoţite de edem important al membrului inferior afectat.

• Faza III sau de permeabilizare (recanalizare a venei trombozate) prin liza cheagului, dar cu avalvularea venelor, cu reflux important în ortostatism prin forţarea perforantelor şi instalarea rapidă a decompensării sistemului venos. În această etapă edemul este masiv, se asociază cu infiltraţie locală şi cu varice anarhice (prin decompensarea unui mare număr de vene perforante). Suprasolicitarea sistemului venos periferic face să se dilate aceste vene şi apoi să se dezvolte varicoza venelor safene, acestea devenind uneori de aspect monstruos, necesitând intervenţie chirurgicală (sindromul de supleanţă). În practică faza III are 2 etape: faza de recanalizare compensată (de scurtă durată) şi faza III de decompensare definitivă, cu varice secundare şi decompensare funcţională.

• Langeron (74) împarte varicele postflebitice în patru categorii:

- o insuficienţă venoasă ce interesează trunchiurile safeniene, se aseamănă perfect cu o varicoză simplă şi unde numai investigaţii clinice şi paraclinice atente evidenţiază avalvularea sistemului venos profund care a dus la suprasolicitarea şi decompensarea sistemului venos superficial;

- o insuficienţă a sistemului venelor safene asociată cu o insuficienţă de reflux a venelor perforante, cu dezvoltare a numeroase varice situate în zona perforantelor afectate;

- o insuficienţă numai a venelor perforante, cu varice izolate şi nesistematizate, sistemul safenelor fiind normal (Figura 27);

Varice secundare zise „suspendate" produse prin reflux la nivelul perforantelor decompensate

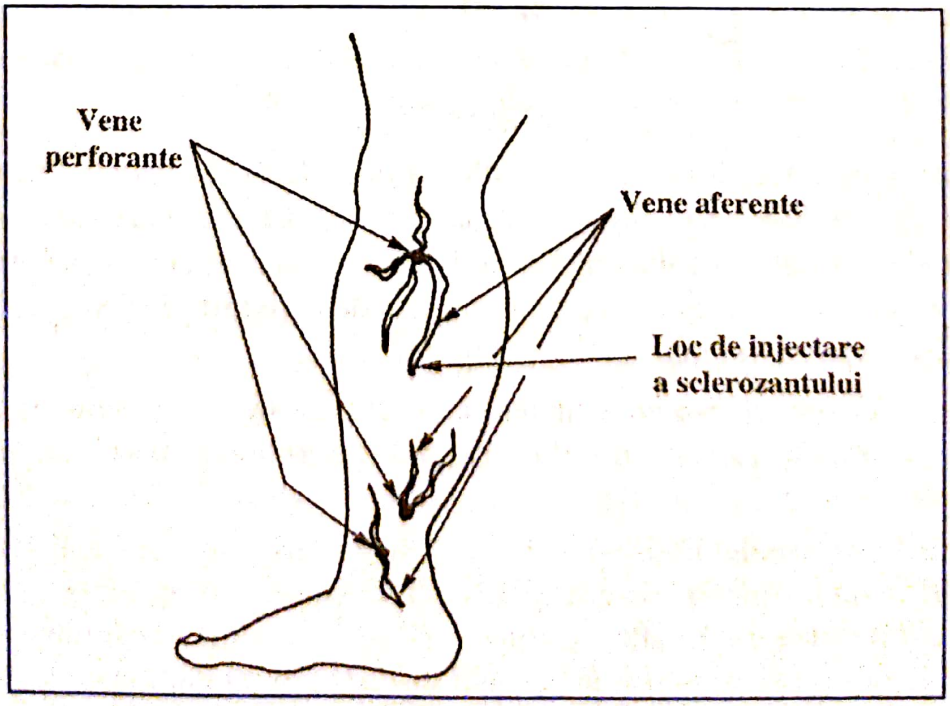


Figura 27.

Scanned with OKEN Scanner

- sindroame mixte unde se asociază obstrucţii pe venele profunde superioare (vena iliacă şi vena femurală) cu edem masiv al membrului inferior, insuficienţă a venelor safene şi reflux al perforantelor, cu formare de varice izolate sau "suspendate";

- sechele de flebită cu localizare înaltă (ileo-cavă), care cuprinde locul de bifurcaţie a venei cave dând un sindrom de stază venoasă bilaterală care se aseamănă oarecum cu sindromul Lèriche. Se manifestă prin varice bilaterale care se extind de la nivelul piciorului până la coapsă; dezvoltarea venelor epigastrice şi toracice laterale; dezvoltarea plexului vertebral, a venei azigos şi hemiazigos. Se produce o circulaţie colaterală de supleanţă, de tip cavo-cav, unde sunt prezente varicele abdominale şi pelviene (Figura 28).

Modul de dezvoltare a circulaţiei colaterale în tromboza venei iliace (varice ale coapsei şi abdomenului)

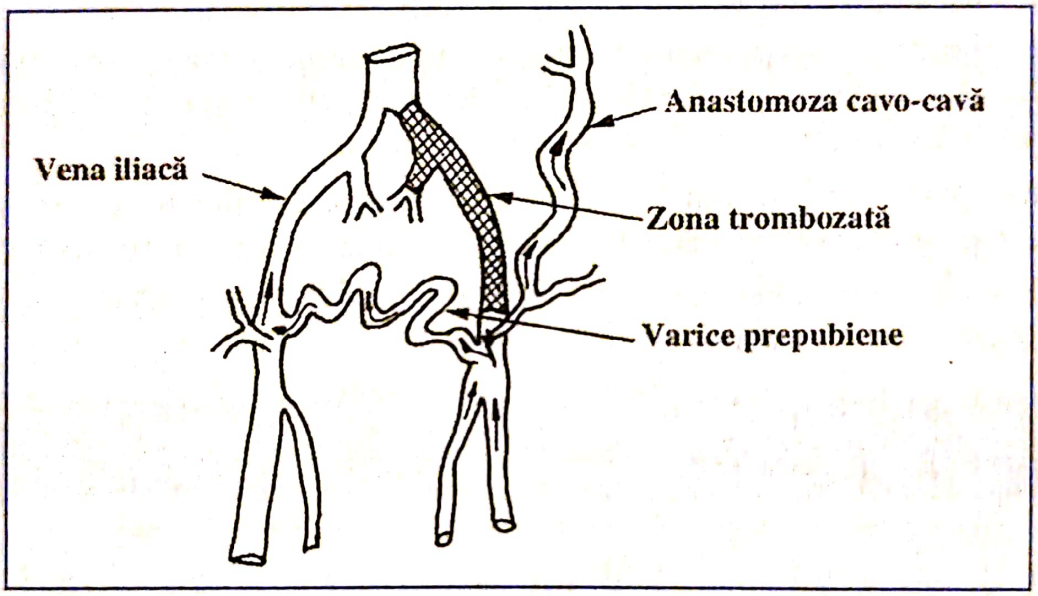


Figura 28.

În felul acesta aspectul clinic al varicozităţilor apărute la cazurile cu sechele de flebită îmbracă multiple aspecte clinice în funcţie de localizarea şi întinderea trombozei, de evoluţia ei ulterioară (organizare fibroasă sau recanalizare), de gradul de distrugere a valvulelor venelor trombozate, de timpul trecut de la flebită, de tratamentul efectuat în timpul decompensării sindromului postflebitic etc.

Reinharez (107) într-un studiu amănunţit asupra insuficienţei venelor perforante, aminteşte că varicele secundare refluxului prin perforantele insuficiente au câteva caracteristici:

- localizarea lor la nivelul unde sunt situate cele 4 mari grupe de vene perforante: la coapsă (perforantele Hunter); la genunchi (grupul geniculat), situat pe partea internă a acestuia; în treimea inferioară a gambei, pe faţa ei internă (perforantele Cockett); la nivelul piciorului, unde perforantele sunt difuze şi în număr mare.

- aspectul varicelor secundare insuficienţei de perforante:

Scanned with OKEN Scanner

• congestionarea acestor varice în cursul contracţiei musculaturii gambelor (în special la mers);

• aspectul deseori stelat sau "în ghem" al acestor varicozităţi;

• caracterul de varice ampulare (proeminenţe albastre mai mari sau mai mici, moi şi depresibile, permiţând înfundarea degetului atunci când sunt decompensate), în jurul lor găsindu-se o infiltraţie difuză dermo-hipodermică, deseori de tip lemnos;

• pierderea traiectului unor varice în hipoderm, acestea neputând fi urmărite pe parcursul lor de la zona apariţiei până la vărsarea în venele safene (vene cu fundul pierdut);

• varice care se umplu rapid în cursul efectuării probei garourilor (în timp ce garourile sunt aplicate), umplerea lor fiind "din profunzime spre suprafaţă".

În prezent varicele secundare tromboflebitei profunde constituie 70-75% dintre varicele care se asociază cu insuficienţă venoasă cronică.

Flebitele profunde apar la 40% din cazurile de fracturi simple de gambă (trecând deseori nediagnosticate). În caz de fracturi cominutive trombozele profunde se întâlnesc la 70% din cazuri. Sunt autori care susţin că în prezent după orice operaţie laborioasă 25% din bolnavi fac flebite profunde. La cazurile de flebită postoperatorie 50% din cazurile de flebite, fiind oligosimptomatice, trec nediagnosticate. Majoritatea flebitelor postoperatorii sunt depistate tardiv şi în această situaţie tratamentul nu mai este eficient, o mare parte din cazuri vindecându-se cu sechele ce duc la apariţia de varice secundare.

Odată sechelele de flebită profundă instalate ele rămân definitive, iar tratamentele efectuate au numai rezultate paliative.

a) Fiziopatologia varicelor postflebitice

- Obliterarea acută şi totală a venelor profunde duce la creşterea bruscă a presiunii venoase în aval de zona trombozată. Presiunea crescută duce la forţarea venelor comunicante şi refluarea sângelui venos profund în sistemul venos periferic (Figura 26). Acesta este suprasolicitat şi în scurt timp se dilată şi apar varice secundare. Acestea sunt de regulă segmentare şi nesistematizate (nu interesează cele 2 vene safene) şi au localizări variabile, în funcţie de localizarea trombozei profunde şi locul perforantei de reflux.

- Obliterarea parţială cronică a venelor profunde duce iniţial numai la o jenă a circulaţiei de întoarcere, cu edeme ortostatice pasagere şi turgescenţă venoasă locală. După o perioadă cheagul se resoarbe (total sau parţial) şi circulaţia se reia, iar bolnavul crede că s-a vindecat. După un timp însă valvele venoase afectate de tromboză cedează şi întoarcerea venoasă începe să sufere, sunt forţate perforantele, apare staza periferică şi varicele secundare (la 2-5-10 ani de la producerea trombozei). Prin perforantele insuficiente (cu sistemul valvular distrus) sângele circulă ca prin nişte tuburi rigide, după principiul vaselor comunicante. În sistola musculară, care exercită o compresie importantă asupra pereţilor venoşi presiunea hidrostatică din sistemul profund este mai mare decât în sistemul venos periferic şi sângele este aruncat în reţeaua venoasă subaponevrotică (Figura 29), ducând la apariţia stazei. În diastolă,

Scanned with OKEN Scanner

când se produce relaxarea musculară, presiunea în sistemul venos profund se reduce, este depăşită de presiunea din sistemul venos periferic şi o parte din sângele depozitat aici pătrunde în venele profunde. Acestea fiind lipsite de valvule sau obliterate sunt incapabile să propulseze sângele către inimă, astfel că el rămâne la periferie trecând periodic de la periferie către profunzime şi invers. În felul acesta se intră progresiv în marea insuficienţă venoasă. În caz de tromboză venoasă profundă cu oprirea circulaţiei în aceste vene circuitul sângelui prin perforante are numai un sens (din profunzime la periferie) insuficienţa venoasă instalându-se rapid. Insuficienţa venoasă se produce în doi timpi: iniţial se produce deteriorarea funcţională a venelor profunde şi în al doilea timp este interesată şi circulaţia venoasă periferică. Există astfel două faze: una de sindrom postflebitic compensat (fără simptome şi care poate dura ani de zile) şi o fază de compensare, cu varice secundare şi agravare progresivă, care poate duce la ulcer varicos.

Circulaţia prin perforantele insuficiente în timpul mersului şi repaus

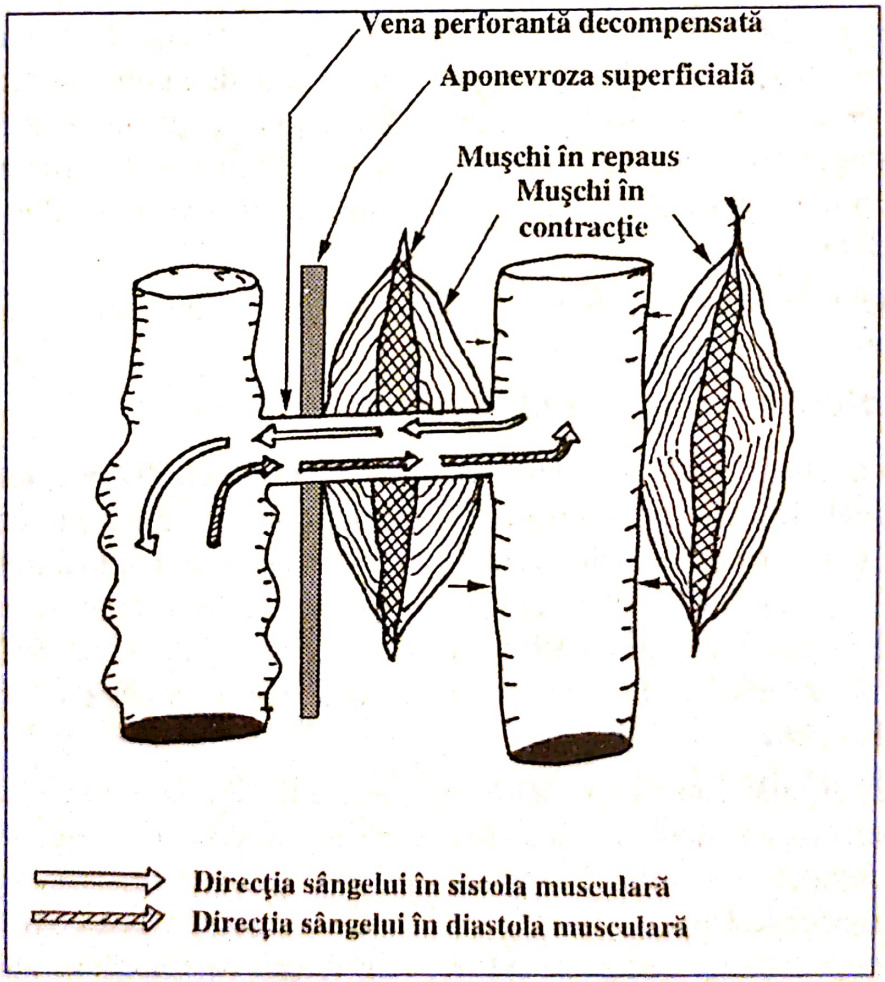


Figura 29.

- Decompensarea trombozei venoase profunde este dependentă de următorii factori:

• De localizarea trombozei:

▪ la gambe, unde există 3 vene profunde şi o reţea venoasă profundă, decompensarea apare mai rar şi mai târziu;

Scanned with OKEN Scanner

- la coapsă există o reţea venoasă bogată şi decompensarea este tardivă;
- la nivelul bazinului unde nu există decât o singură venă (cea iliacă), decompensarea apare frecvent şi este gravă şi precoce;
- la nivelul confluenţei ileo-cave circulaţia colaterală este greu de dezvoltat, decompensarea este frecventă şi foarte gravă.

• După sediul trombozei. Unele localizări duc concomitent şi la trombozarea venelor prin care s-ar face circulaţia colaterală. Este vorba de situarea trombozei venoase în zonele de "carefur venos", de unde pleacă multe colaterale. Sunt astfel descrise:

- carefurul piciorului, de unde pleacă ramuri către venele superficiale cât şi către cele profunde, unde apar de regulă sechele;
- carefurul popliteu, de unde pleacă venele musculare, vena poplitee şi safena externă, cu sechele importante;
- carefurul inghinal, unde se produce joncţiunea venelor femurală superficială şi profundă, cu propagarea trombozei în mai multe direcţii;
- carefurul iliac, unde se despart cele două safene;
- carefurul cav, unde se desfac cele 2 iliace comune.

Întotdeauna procesele trombotice localizate aici blochează venele din vecinătate şi îngreunează mult formarea circulaţiei colaterale, insuficienţa venoasă cronică instalându-se mai repede.

- Întinderea trombozei are un mare rol. Trombozele întinse cuprind mai multe vene colaterale şi perforante, cu distrugeri de valvule şi decompensare rapidă şi gravă, pe când în trombozele segmentare sechelele sunt mai puţin grave (103).

Varicele secundare postflebitice au două stadii de evoluţie:

- varice postflebitice simple, când venele superficiale au aspectul unor varice simple, cu evoluţie lentă şi sechele parţiale;

- varice postflebitice asociate cu vene perforante insuficiente care pot fi evidenţiate prin mijloace clinice sau probe de explorare a circulaţiei venoase şi care au o evoluţie rapidă, cu agravare progresivă şi instalarea insuficienţei venoase cronice.

b) Caracterele clinice ale varicelor postflebitice

Varicele postflebitice încep să se dezvolte iniţial ca o reţea varicoasă nesistematizată, uneori cu aspect reticulat. Tegumentul de pe gamba afectată este schimbat la culoare, căpătând un aspect roşu-violaceu, mai bine vizibil în poziţie ortostatică. Uneori şi aspectul violaceu al pielii are o dispoziţie reticulată. Apariţia varicelor este precedată de edeme (invers ca la varicele simple). Acestea sunt de aspect vesperal (se instalează la sfârşitul zilei de lucru), sunt pasagere (se resorb în repausul făcut la orizontală şi în cursul nopţii) şi au uneori aspect impresionant. Uneori varicele postflebitice sunt localizate sub formă de "pete albastre" cu localizare în 1/3 inferioară a gambei sau la nivelul piciorului. În realitate aceste vene sunt de "tip plonjant", care vin din profunzime către suprafaţă, constituind căi de derivaţie a sângelui din venele profunde către suprafaţă ("venele plonjante Delater"). Din aceste vene se formează mai târziu vari-

Scanned with OKEN Scanner

cele anarhice ale gambei. După un timp încep să apară dilataţii ale venelor situate pe partea internă a piciorului: "coroana flebectazică paraplantară", semn important de insuficienţă venoasă profundă (103).

Varicele dezvoltate în sechelele de flebită sunt în majoritate anarhice, nesistematizate, suspendate, deseori dezvoltate în jurul perforantelor de reflux. În cazul perforantelor Cockett se formează mici ectazii ampulare situate în 1/3 inferioară a gambei, pe faţa ei internă.

- Apariţia incontinenţei perforantelor din 1/3 superioară a gambei duce la dezvoltarea venelor pe partea posterioară a gambei şi uneori şi a venei safene mici (cele posterioare) sau a porţiunii distale şi a unor ramuri ale safenei interne (cele de pe partea internă).

- Perforantele de pe coapsă sunt, de asemenea, urmate de dilataţii venoase întinse care pot duce cu timpul la decompensarea venelor safene.

- Perforantele decompensate de la nivelul piciorului duc la dezvoltarea unei reţele varicoase la acest nivel, care este evocatoare pentru sechelele flebitei distale.

III. Varicele congenitale

Varicele congenitale sunt relativ mai rar întâlnite, frecvenţa lor fiind apreciată de Tibbs (135) la 2,7% din totalul varicelor. Displaziile venoase ale membrelor inferioare se împart, după Van der Stricht, în 3 categorii:

- Grupa I cu angiodisplazii mixte, superficiale şi profunde, de tip Klippel-Trenaunay unde găsim: malformaţii venoase, angiom cutanat, modificări osoase, malformaţii limfatice;

- Grupa II de tip malformaţii venoase cu debit circulator redus (de tip cavernoame) sau de tip capilar (angiom capilaro-venos);

- Grupa III sau displazii cu debit circulator crescut (de tip fistulă arterio-venoasă periferică).

Ele apar încă din copilărie sau perioada adolescenţei (când varicele obişnuite sunt foarte rare) şi îmbracă următoarele aspecte clinice:

• **Angiomul venos,** acesta având un mare număr de aspecte clinice, unele evocatoare pentru această boală, altele derutante, ridicând dificile probleme de diagnostic. Dintre acestea cele mai importante aspecte sunt (146):

■ aspect pseudotumoral, ca o formaţiune proeminentă voluminoasă sau uşor proeminentă, cu suprafaţa neregulată, de consistenţă moale cu mici neregularităţi profunde (aspect de "ghem de râme"), formaţiunea fiind compresibilă;

■ pachet venos izolat, situat subcutanat, moale, depresibil, de aspect buretos, cu localizare bizară, prezent de la naştere sau apărut din copilărie;

■ reţea venoasă cu localizare neobişnuită (mână, picior, antebraţ, torace etc.) cu dezvoltare de tip angiomatos sau cavernos, care poate interesa uneori şi părţile osoase (angiocavernoame), producând lacune osoase extensive, uneori cu deformări importante;

Scanned with OKEN Scanner

- varice anarhice asociate cu angiom cutanat (semn al unei displazii venoase în zona afectată);
- varice nesistematizate cu dezvoltare precoce, însoţite de deformarea şi îngroşarea zonei respective (prin varicozităţi profunde).

• **Absenţa congenitală a valvulelor venoase (boala Bauer)** este o boală prin defect la naştere, varicele dezvoltându-se din copilărie, fiind bilaterale şi ducând la instalarea insuficienţei venoase cronice din primele decenii de viaţă. Aceste varice sunt prezente într-o reţea densă care recidivează rapid după intervenţiile chirurgicale. Nu răspunde la alte proceduri terapeutice decât la contenţia elastică.

• **Sindromul Klippel-Trenaunay** se caracterizează prin (125):

- varice unilaterale, congenitale sau apărute în copilărie, nesistematizate, cu dezvoltare rapidă, care se pot decompensa ducând la insuficienţa cronică venoasă;
- angiom asociat varicelor (plan, tuberos sau cavernos) localizat la membrul varicos sau la distanţă de acesta;
- hipertrofia membrului care prezintă varice, atât în lungime (bolnavul şchiopătează) cât şi în grosime (încălţămintea devine prea strâmtă);
- hipersfigmia oscilometrică a membrului varicos.

Din punct de vedere al anomaliilor venoase sindromul Klippel-Trenaunay se instalează datorită mai multor anomalii congenitale ale sistemului venos (73):

- compresia trunchiurilor venoase în anumite zone (cel mai mult în zona inghinală), prin bride fibroase congenitale, ce împiedică întoarcerea venoasă, producând stază şi varicozităţi;
- stenoza lumenului venos prin proliferări fibroase ale peretelui venos, cu reducerea debitului venos şi stază;
- anomalii de comunicante ce permit refluxul sângelui profund la periferie;
- agenezie de trunchiuri venoase principale, reducând astfel considerabil capacitatea de drenaj, cu stază şi dilataţia reţelei venoase localizată sub obstacol (anomalii profunde apar la 47,6% din cazuri);
- prezenţa de fistule arterio-venoase difuze în zona respectivă cu revărsarea abundentă de sânge arterial în sistemul venos, depăşind capacitatea de evacuare a acestuia, ducând astfel la dilatarea venelor;
- displazii ale căilor limfatice asociate displaziilor venoase.

• **Sindromul Parkes-Weber** se caracterizează prin dilataţii venoase mari, localizate, angiom de aspect tumoral care ia forma anevrismului cirsoid (tumoră angiomatoasă plexiformă de tip flebarterioectazic). La nivelul tumorii flebectazice se ascultă un suflu sistolic puternic şi se palpează pulsaţii vii şi un tril specific (datorită prezenţei locale a unei fistule arterio-venoase congenitale). Toate probele angiografice şi paraclinice aduc argumente pentru susţinerea acestui diagnostic (7).

• **Fistula arterio-venoasă congenitală** este o malformaţie vasculară caracterizată prin persistenţa unei legături directe, larg deschisă între artere şi vene prin care

Scanned with OKEN Scanner

sângele arterial pătrunde în cantitate mare şi sub presiune crescută în sistemul venos. Capacitatea de drenaj a sistemului venos fiind depăşită, venele din zona afectată cresc în volum şi capătă un aspect varicos (125). Aceste vene varicoase prezintă câteva particularităţi: sunt varice aflate sub tensiune (chiar în poziţie orizontală), se localizează în 50% din cazuri la extremitatea distală a membrelor, sunt pulsatile sincron cu inima, au dezvoltare rapidă, prezintă o temperatură locală crescută şi se localizează la membrele inferioare la 2/3 din cazuri. Asocierea de fistulă arterio-venoasă, angiom cavernos, varice şi stază venoasă poartă numele de sindrom Parkes-Weber. Semne particulare sunt, după Barthal şi colab., următoarele:

- prezenţa de suflu sistolic perceput la nivelul venelor;
- perceperea unui tril local la palpare;
- hipersensibilitate exagerată oscilometrică la nivelul membrului afectat;
- presiunea foarte crescută a sângelui în vene, cu o creştere sistolică evidentă;
- saturaţia cu O_2 a sângelui venos (fleboximetrie) de tip arterial (97-99%);
- prin arteriografie se pune în evidenţă dilataţia de tip anevrismal a legăturii dintre sistemul arterial şi cel venos;
- semnul Nicolodoni-Branham pozitiv: dispariţia suflului, trilului şi pulsatilităţii prin compresia arterei deasupra fistulei şi reapariţia lor de îndată ce se suspendă compresia.

• Alte forme clinice de varice:

- Varicozităţi pe dosul piciorului - sunt determinate de o flebită profundă cu localizare joasă (în zona articulaţiei tibio-tarsiene, frecvent apărute după entorse, accidente, fracturi maleolare).

- Varice situate în regiunea pubiană şi abdomenul inferior - apar după flebite profunde de venă iliacă sau cavă inferioară.

- O singură varicozitate localizată pe molet - apare la femei tinere, de regulă în urma primei sarcini sau constituie prima manifestare a varicelor la tinere fete predispuse pentru această boală (118). Apariţia acestei vene este un semn important de avertisment că persoana respectivă are o încărcătură genetică privind insuficienţa venoasă şi trebuie să se ia măsuri preventive pentru a opri evoluţia ei.

După Sicard (118) această formă de varice poate prezenta două aspecte:

- dilataţie longilină, cu caracter sinuos, proeminând sub piele, fără modificare de coloraţie cutanată, care "mai mult se palpează decât se vede";

- varice superficiale, filiforme, de culoare albastru închis, vizibile de la distanţă, formă care ridică în primul rând probleme de estetică.

• **Stările prevaricoase (sindromul prevaricos)** se caracterizează prin varicozităţi subcutanate difuze sau localizate, dar însoţite de o simptomatologie funcţională bogată. După Occeli şi Langle (91) sindromul prevaricos ar constitui cea mai importantă cauză pentru consult în serviciile de flebologie, unde 40% din consultaţii se fac pentru acest sindrom. Varicele din sindromul prevaricos nu sunt prezente sau sunt, în majoritatea lor, de tip varice intradermice, cu mici ectazii filiforme care nu depăşesc

Scanned with OKEN Scanner

de regulă grosimea unui creion şi care nu interesează sistemul venelor safene. Se asociază deseori, în decursul mai multor ani, cu ectazii venulare segmentare şi telangiectazii de diferite configuraţii: "în labă de gâscă", în "groapă de obuz" etc., ridicând mai mult probleme de ordin estetic decât patologic (10).

Aceste varicozităţi au în timpul evoluţiei două direcţii: unele evoluează către varicoza adevărată (din această categorie făcând parte numai un număr mic de cazuri), constituind prima manifestare a varicelor, iar restul cazurilor rămân staţionare vreme îndelungată sau venectaziile iniţiale se agravează progresiv (reţeaua intradermică se accentuează iar "labele de gâscă" se înmulţesc) fără ca boala varicoasă adevărată cu insuficienţă venoasă să se mai instaleze vreodată.

În realitate, simptomele principale din sindromul prevaricos sunt cele subiective sau funcţionale, tot acest complex simptomatic fiind cunoscut şi sub numele de "dureri circulatorii ale gambelor". Aceste simptome se agravează în anumite situaţii: oboseală exagerată, ortostatism prelungit, instalarea sezonului cald, expunere la căldură, cu ocazia ciclului menstrual sau a sarcinii etc.

Simptomatologia lor subiectivă este deseori în discrepanţă netă faţă de discretele varicozităţi şi în absenţa oricărui semn de decompensare varicoasă. Manifestările funcţionale se apropie de cele întâlnite în mica insuficienţă venoasă a varicoşilor având unele particularităţi. Se pot astfel întâlni (24, 22):

- sindromul nocturn al "gambelor fără repaus", atât de supărător, producând insomnii rebele;

- edemele pasagere, ce apar spre sfârşitul zilei de lucru (edeme vesperale) şi care se resorb spontan în cursul repausului nocturn. Aceste edeme apar mai frecvent la începutul sezonului cald, în preajma menstruaţiei, în zilele cu eforturi prelungite sau cu ortostatism îndelungat etc. Sunt edeme restrânse în zona perimaleolară, care se asociază cu o serie de simptome subiective neplăcute: arsuri, pişcături, dureri difuze, senzaţie de oboseală şi de gambe grele etc.

- dureri care pot îmbrăca cele mai bizare forme: dureri cu caracter intermitent, instalate seara în mod brusc şi care se calmează la mers; dureri persistente situate la nivelul venelor dilatate sau al "labelor de gâscă"; "flebodinii"; crampe dureroase, cu apariţie nocturnă, deseori extrem de chinuitoare; dureri difuze ale moletului, persistente, care apar după eforturi prelungite;

- senzaţie de presiune şi tensiune locală în gambe, cu aspect de "gambe de plumb" sau gambe grele, care împiedică desfăşurarea unei activităţi normale;

- parestezii sub formă de senzaţii de arsură, furnicături, amorţeli, pişcături;

- prurit periodic, fără leziuni cutanate, apărut mai ales după ortostatism prelungit;

- stări lipotimice sau ameţeli importante ce apar la trecerea bruscă din clinostatism în ortostatism şi care se datorează hipotensiunii arteriale şi incapacităţii sistemului vascular de a se adapta rapid la solicitări.

La majoritatea acestor cazuri explorările vasculare (reografie, oscilometrie) evidenţiază o stare de hipotonie importantă a sistemului circulator. Dispariţia acestor simpto-

Scanned with OKEN Scanner

me după o cură de medicamente flebotonice, simplă sau asociată cu aplicare de ciorapi elastici, confirmă diagnosticul.

• **Sindromul "gambelor grele"** constituie al treilea motiv pentru consult flebologic (primele fiind prezenţa varicelor şi aspectul inestetic al gambelor varicoase). Este deci un simptom cheie privind simptomatologia insuficienţei venoase funcţionale şi care trebuie să fie analizat în mod amănunţit: localizarea senzaţiei de greutate, iradierea sa, orele de apariţie şi durata manifestărilor, factorii externi şi interni care o declanşează, alte semne care se asociază etc. (108).

Senzaţia de "gambe grele" nu se întâlneşte decât la 50% dintre persoanele care prezintă varice, iar pe de altă parte 40% din cei care prezintă acest fenomen nu au varice vizibile (27). S-a constatat că acest sindrom este mai frecvent la debutul bolii varicoase, când are intensitatea maximă, el scăzând în intensitate pe măsură ce varicele se amplifică (de aici ideea unor flebologi de a-l considera o manifestare a sindromului prevaricos).

Mecanismul de apariţie al acestor simptome este discutabil, fiind luate în consideraţie mai multe ipoteze (25):

- creşterea presiunii intravenoase la nivelul venelor care se dilată (profunde sau superficiale) şi tulbură microcirculaţia;

- tulburări metabolice induse de staza venoasă, în special eliberarea de mediatori ai inflamaţiei, hipoxia tisulară şi secreţia de radicali liberi etc.;

- modificări ale endoteliului capilar din zona de stază cu eliberare de substanţe algogene şi inflamatorii.

Aspecte clinice

- senzaţiile de "gambe grele" se localizează pe faţa postero-internă a gambelor, având iradiere spre creasta poplitee;

- se amplifică după ortostatism, după expunere la cald şi în preajma menstruaţiei (la 70% dintre femei);

- diminuă la rece, în repaus, în poziţia cu "gambele ridicate" şi la mers;

- se asociază cu alte semne de varicoză: crampe nocturne, edeme vesperale, varice etc.

Probe funcţionale:

- examenul eco-Doppler arată vene dilatate şi reflux periferic prin comunicante;

- un reflux venos asociat cu obliterări venoase profunde (sechele de flebită);

- tulburări de statică plantară care produc senzaţii neplăcute în molet;

- un sindrom al lojilor musculare, prezent deseori la tineri sportivi.

• **Telangiectazii, varice intradermice şi varicozităţi**

Una dintre cele mai frecvente tulburări ale circulaţiei venoase a membrelor inferioare întâlnite în practica flebologică este apariţia de ectazii venoase sau microvarice, asociate cu dilataţii capilare (telangiectazii), formând arborizaţii cu aspecte dintre cele mai bizare, diseminate pe membrele inferioare.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste formaţiuni vasculare sunt importante din mai multe puncte de vedere:

- sunt întâlnite mai ales la femei, începând cu vârsta adultă, constituind o problemă reală de medicină estetică;

- se asociază frecvent cu dureri locale supărătoare care neliniştesc bolnavele, acestea bănuind instalarea unei boli vasculare profunde grave şi le determină astfel să solicite consultaţii medicale;

- neglijate, au o evoluţie de agravare progresivă prin extinderea leziunilor şi prin amplificarea tulburărilor funcţionale;

- neliniştesc bolnavele deoarece aceste leziuni se dovedesc deosebit de rezistente la tratamentele medicale, dermatologice, flebologice sau chirurgicale;

- frecvent se asociază cu alterarea funcţională sau anatomică a circulaţiei venoase profunde, constituind un "marker" al decompensării circulaţiei venoase.

Clasificare

Au fost propuse mai multe clasificări ale acestor anomalii minore ale circulaţiei de întoarcere, însă nici una nu este completă. După Van der Molen (22) se împart în trei categorii:

- Pete albastre, pete de stază sau telangiectazii albastre, sunt varicozităţi superficiale situate în dermul profund. Au diametrul între 0,6 şi 2 mm. Se localizează mai frecvent la nivelul piciorului şi în 1/3 inferioară a gambei. Clinic se manifestă sub formă de mici pete de culoare albastră, care se intensifică în poziţie verticală. Dispar după compresia digitală şi reapar brusc după suspendarea compresiei. Sunt primele manifestări ale decompensării circulaţiei venoase profunde şi deseori sunt primele leziuni ale "coroanei flebectazice paraplantare" ce se formează în sindromul postflebitic.

- Varicozităţile sau arborizaţiile albastre sunt dilataţii ale venulelor, cu diametrul între 0,4 şi 1 mm. Sunt situate în dermul mijlociu şi se dezvoltă de regulă în jurul unei vene mai mari denumită "vena nutritivă". Aceasta este în realitate o venă plonjantă (vena Delater) de calibru mic, prin care sângele ce stagnează în circulaţia venoasă profundă este refluat în circulaţia subcutanată. Se formează astfel dilataţii ale venulelor superficiale ce iau pe alocuri aspecte arborescente denumite "labe de gâscă", "evantai", "stea vasculară", "crater de obuz", "aspect de păianjen" etc. În multe cazuri apar ectazii venulare paralele în plăci sau placarde, aspect denumit "arborizaţie de pin marin". Datorită faptului că aceste arborizaţii se formează prin creşterea presiunii hidrostatice din vasele afectate aceste venectazii sunt frecvent dureroase.

- Telangiectaziile sau venectaziile roşii sunt dilataţii ale circulaţiei terminale şi se dezvoltă în dermul superficial, la nivelul capătului venos al anselor capilare. Vasele au un diametru mai mic de 0,4 mm. Sunt deseori dispuse în arborizaţii ce se aseamănă cu un ciorchine de strugure. Alteori au o dispoziţie anarhică sau una în mozaic. Frecvent telangiectaziile roşii confluează într-o venă colectoare a cărei prezenţă este deseori descoperită în vecinătatea telangiectaziilor.

Scanned with OKEN Scanner

Fiziopatologie

Telangiectaziile venoase şi microvaricele se dezvoltă pornind de la reţeaua vasculară cutanată în care staza venoasă formează diferite ectazii de stază. În funcţie de plexul interesat aceste ectazii capătă variate aspecte clinice. Se ştie că reţeaua vasculară cutanată este formată din trei plexuri suprapuse: un plex hipodermic, un plex în dermul profund şi unul în dermul superficial. Pielea este vascularizată din profunzime prin vase care perforează aponevroza superficială şi ajung în derm.

Petele albastre sunt formate prin dilataţia venelor plonjante şi a plexurilor venoase supraaponevrotice din hipoderm (Figura 30). Varicozităţile albastre se formează pe baza dilataţiei excesive din plexurile venoase din dermul profund, iar telangiectaziile roşii se formează prin dilataţia venulelor din plexul dermic superficial.

Localizarea microvaricelor şi telangiectaziilor la nivelul plexurilor vasculare cutanate

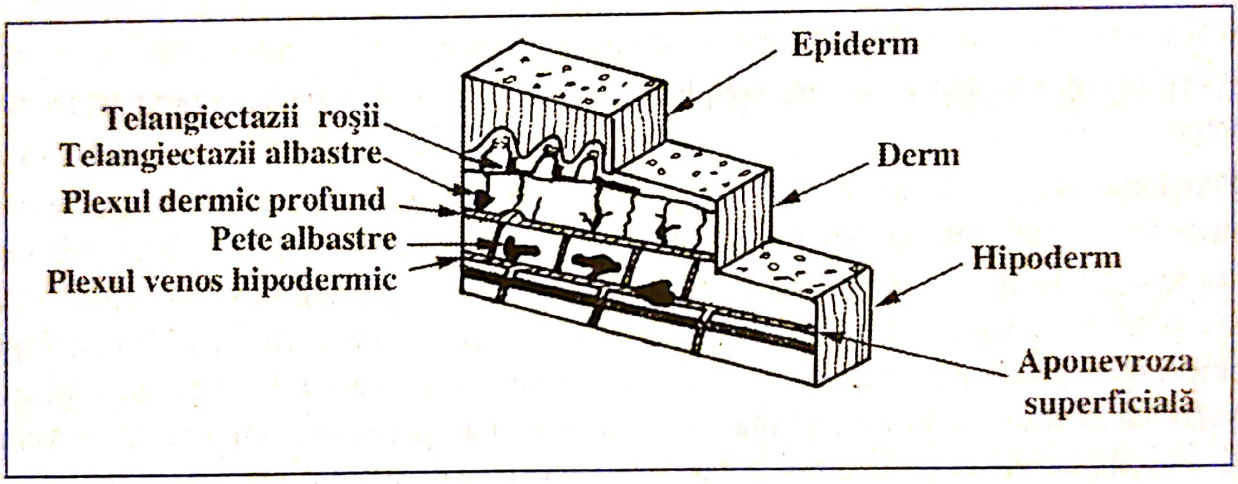


Figura 30.

Manifestări clinice

Microvaricele sunt diagnosticate pe baza unor simptome obiective asociate cu semne subiective:

- Semnele obiective sunt uşor de constatat, gambele şi coapsele acestor persoane fiind presărate cu ectazii vasculare de mărime şi aspecte clinice variate, astfel că aproape la fiecare bolnav topografia este alta. Aspectul clinic este cel mai frecvent de pată albastră sau roşiatică formată din numeroase ectazii vasculare cu o configuraţie care diferă de la o zonă la alta şi de la un bolnav la altul. O pată are un diametru de la 1 cm la 3-4 cm, iar numărul lor diferă de la câteva la mai multe zeci. Uneori petele confluează între ele şi formează plăci sau placarde vineţii disgraţioase, acestea constituind pentru persoanele afectate adevărate infirmităţi estetice. În poziţie orizontală sau la compresie cea mai mare parte din ectaziile vasculare dispar, revenind lent după suspendarea compresiei. Ortostatismul şi efortul fizic duc la accentuarea varicozităţilor şi a petelor albastre. Majoritatea bolnavilor şi în primul rând femeile consultă şi insistă să fie tratate pentru motive estetice. Simptomele subiective sunt

Scanned with OKEN Scanner

prezente la majoritatea cazurilor şi deseori cu adevărat supărătoare asemănându-se cu cele întâlnite în sindromul prevaricos.

Durerea este simptomul cel mai des întâlnit. Apare frecvent în cursul zilei, fiind declanşată sau amplificată de ortostatismul prelungit sau de efortul fizic. La unii bolnavi durerea apare noaptea şi nu lasă pe bolnavi să se odihnească.

Alături de durere apar şi alte tulburări funcţionale determinate de staza venoasă: senzaţie de gambe grele, de arsură locală, de furnicături şi ciupituri, crampe musculare dureroase, sindromul gambelor neliniştite nocturne etc. Mai rar apare senzaţie de căldură locală sau crize sub formă de "valuri de căldură".

Evoluţie

Microvaricele au un prognostic bun şi dacă nu se asociază cu varice sistematizate sau nu sunt precedate de flebită profundă putem garanta bolnavului că nu va ajunge niciodată la marea insuficienţă venoasă şi la ulcer varicos.

La majoritatea cazurilor se observă agravarea lentă a plăcilor de venectazii şi a reţelei telangiectazice. Pe acest fond pot să apară unele complicaţii, cum sunt:

- Microtrombozele (flebita microvaricelor) ce se manifestă sub formă de cordoane subţiri trombotice situate intradermic, care sunt dureroase şi persistă mai multe săptămâni. Până la urmă se resorb spontan, iar microvaricele care s-au trombozat dispar. Sunt însă şi microtromboze care produc necroza tegumentului de acoperire şi duc la apariţia unor mici ulceraţii cutanate, iar alteori la hemoragii spontane care sperie pe bolnav.

- Necroze tegumentare produse de dezvoltarea intradermică a ectaziei vasculare, urmată de ruptura spontană a vasului şi apariţia unei hemoragii cutanate sau a unei ulceraţii. Ulceraţia apare uneori în urma atrofierii epidermului care acoperă venectazia şi un discret traumatism local poate să ducă la apariţia unei plăgi superficiale.

- Pigmentaţii cutanate inestetice deseori cu o dispoziţie reticulară situate pe tegumentul care acoperă ectaziile intradermice. Aceste pigmentaţii au în majoritatea cazurilor numai o importanţă estetică.

IV. Fiziopatologia insuficienţei venoase primitive

Insuficienţa venoasă funcţională (mica insuficienţă venoasă)

În apariţia insuficienţei venoase primare intervin 4 factori (36):

- suferinţa endotelială;
- slăbirea pereţilor venoşi;
- dilataţia şi insuficienţa valvulară;
- perturbări funcţionale la nivelul microcirculaţiei.

Suferinţa endoteliului venos

Rolul endoteliului venos în apariţia insuficienţei venoase a ieşit în evidenţă mai bine odată cu descoperirea faptului că acesta secretă un factor de relaxare tisulară (EDRF)

Scanned with OKEN Scanner

şi un factor de contracţie tisulară (EDCF). Din interacţiunea dintre factorul vasoconstrictor şi cel vasodilatator rezultă un tonus normal al fibrelor musculare netede din peretele venos. În venele varicoase apare în primul rând o reducere a EDCF, urmată de o relaxare a pereţilor venoşi şi o dilataţie anormală a lor. EDCF este în realitate prostaglandina PG1. EDRF este oxidul nitric (NO) care inhibă adeziunea neutrofilelor şi plachetelor pe endoteliu şi scad agregarea plachetară. Secreţia lor normală este menţinută de un flux sanguin normal.

EDCF este în prezent considerat de unii autori endotelina 1, o peptidă care acţionează pe receptorii muşchilor netezi din pereţii venoşi, ducând la vasoconstricţie. Staza venoasă (produsă indiferent de cauză) modifică funcţiile endoteliale unde scade secreţia de EDRF şi astfel se accentuează staza şi facilitează aderarea leucocitelor de pereţii venoşi. Leucocitele eliberează enzime lizozomale şi radicali liberi care deteriorează colagenul din peretele venos.

Slăbirea pereţilor venoşi apare la varicoşi prin două mecanisme: deteriorarea ţesutului conjunctiv şi deficitul funcţional al muşchilor netezi.

Deteriorarea ţesutului conjunctiv din pereţii venoşi se produce după unele ipoteze în urma acţiunii unor enzime lizozomale (beta-glucuronidaza, care se găseşte crescută în serul varicoşilor) şi a catepsinei D (care se găseşte crescută în pereţii venoşi). Activitatea acestor enzime în pereţii varicoşi este de 3 ori mai mare decât în pereţii venelor normale.

S-a demonstrat că ablaţia venelor varicoase duce la scăderea concentraţiei serice a beta-glucuronidazei, iar la bolnavii cu sechele de flebită concentraţia catepsinei D în pereţii venoşi este crescută. La 30% dintre varicoşi colagenul insolubil din pereţii varicoşi scade cu 86%; proteoglicanii, care constituie majoritatea ţesutului conjunctiv interfibrilar, sunt de asemenea afectaţi (acidul hialuronic creşte cu 70%, iar glicozaminoglicanii cu 29%). La microscopul electronic se observă că ţesutul conjunctiv din pereţii venoşi este rău diferenţiat, fibrele colagene sunt fragmentate şi distorsionate. În jurul fibrelor musculare sunt acumulări de glicoproteine şi proteoglicani (36).

Deficitul muşchilor netezi din pereţii venoşi apare prin mai multe mecanisme, dar mai ales prin reducerea răspunsului constrictiv la stimularea prin adrenalină. Acest lucru se datorează pe de o parte secreţiei crescute de EDRF, iar pe de altă parte infiltraţiei stratului muscular cu produşi de degradare ai colagenului (glicoproteine şi proteoglicani).

Dilataţia şi insuficienţa valvulară

Valvulele normale sunt capabile să reziste la o presiune retrogradă în sistemul venos până la 200 mmHg. La varicoşi, în urma tulburărilor apărute se produce dilatarea pereţilor venoşi, iar valvulele nu mai sunt capabile să se închidă ermetic. În plus, ţesutul conjunctiv valvular este deteriorat şi forţa lui de rezistenţă scade. În acest fel se produce refluxul venos şi staza în partea declivă.

Perturbările funcţionale în microcirculaţie

Staza venoasă are repercusiuni pe microcirculaţie, iniţial pe venule şi mai târziu pe capilare. Plasma trece în spaţiul pericapilar, iar elementele figurate ale sângelui sta-

Scanned with OKEN Scanner

ţionează în lumen (136). Se produc şi aici modificări endoteliale şi tulburări ale mediatorilor, la fel ca în pereţii venelor mari. Creşte agregarea leucocitelor la pereţii endoteliali, degradarea lor şi eliberarea de enzime lizozomale (115), cu apariţia de procese inflamatorii la nivelul vaselor mici urmate de simptome supărătoare. În adeziunea leucocitelor la endoteliu intervin şi moleculele de adeziune celulară (MAC) şi unele catehine (ICAM şi VCAM, selectinele E şi L etc.). Toate aceste modificări accentuează staza şi astfel tulburările capătă un circuit închis. Medicaţia flebotonică combate majoritatea acestor fenomene: creşte contractilitatea pereţilor venoşi şi reduce staza, protejează endoteliul vascular şi creşte eliberarea de EDRF, activează şi protejează microcirculaţia etc. (Thulesius) (136).

F. Diagnosticul clinic al decompensării venoase

Diagnosticul varicelor simple se stabileşte prin examen clinic. Decompensarea acestor varice se poate constata prin câteva probe funcţionale pe care le poate executa orice medic.

- Proba Trendelemburg-Brodie. Bolnavul culcat ridică membrul inferior varicos la 45°, până ce varicele se golesc. Se aplică un garou strâns la coapasă şi bolnavul se ridică vertical. Se scoate garoul. Dacă varicele se umplu rapid de sus în jos este semn de decompensare a safenelor (reflux în sistemul venos superficial).

- Proba Delbet-Mouquat. Bolnavului culcat i se aplică un garou strâns la coapsă şi este învăţat să meargă "cu pas întins". Dacă în câteva minute apare o durere ce împiedică mersul iar varicele se congestionează înseamnă că venele profunde sunt obstruate (sindrom de obstrucţie profundă).

- Proba Perthes. Bolnavului vertical, cu varicele umflate, i se pune garou la coapsă şi este pus să meargă 5 minute. Dacă varicele se golesc înseamnă că circulaţia profundă şi comunicantele sunt funcţionale.

- Proba Pratt. Bolnavului culcat i se aplică un garou la coapsă şi o faşă strânsă de la picior la coapsă. Se ridică la verticală şi se derulează faşa. Când se ajunge la perforantele decompensate varicele se umplu rapid. Astfel se găsesc perforantele de reflux (reflux din sistemul venos profund).

- Proba celor 3 garouri. Bolnavului culcat, cu membrul inferior la 45°, i se aplică 3 garouri: sub genunchi, deasupra lui şi la rădăcina coapsei. Se ridică la verticală şi se scot garourile de sus în jos. Primele două evidenţiază perforantele cu reflux, iar ultimul, decompensarea safenei interne.

G. Tratamentul varicelor simple

Este una dintre cele mai importante probleme ale practicii medicale, dat fiind frecvenţa crescută a cazurilor, polimorfismul manifestărilor clinice şi al simptomatologiei subiective bogate în această afecţiune.

Înainte de a prescrie un tratament al varicelor este necesară o explorare atentă a fiecărui caz şi, după constatarea tulburărilor de la nivelul sistemului venos al membrelor inferioare, se poate selecta metoda terapeutică cea mai eficientă. În acest sens

Scanned with OKEN Scanner

merită a fi evocate cercetările lui Tibbs şi Flectcher (134), care au studiat un lot de bolnavi cu ajutorul flebografiei, examenului Doppler şi a presiunii venoase. În funcţie de tulburările hemodinamice întâlnite, bolnavii varicoşi au fost împărţiţi în vederea prescrierii tratamentului în cinci grupe:

• Grupa I sau insuficienţa venoasă simplă (superficială), unde intră 82,2% din cazuri şi unde circulaţia venoasă profundă nu este afectată. Se constată în general insuficienţa celor două safene cu aşa-zisa decompensare funcţională. Beneficiază de tratament chirurgical sau sclerozant, cu rezultate bune.

• Grupa II, maladia postflebitică sau sindromul postflebitic, cu obliterarea circulaţiei venoase profunde şi circulaţie de supleanţă prin venele superficiale, acestea fiind însă competente. La aceste cazuri tratamentul de bază este contenţia elastică şi cura de flebotonice. Tratamentul chirurgical duce uneori la rezultate dezastruoase. Se pot sclerozа vene insuficient izolate cu rezultate satisfăcătoare. Cura de flebotonice este urmată de rezultate favorabile.

• Grupa III, cu insuficienţă prin avalvulare postflebitică a venelor profunde şi reflux în circulaţia venoasă superficială prin venele perforante, unde se produce o hipertensiune venoasă. Aici cura chirurgicală nu se aplică decât în cazul în care venele superficiale devin insuficiente. Tratamentul ideal în această situaţie este implantarea de valvule venoase în venele profunde, contenţia elastică şi cura de flebotonice.

• Grupa IV cu obliterare venoasă înaltă, cu reflux la nivelul zonei inghinale unde se pot efectua diferite intervenţii chirurgicale de tip "by-pass", urmate de contenţie şi flebotonice.

• Grupa V în care intră displaziile venoase congenitale şi unde conduita terapeutică diferă de la caz la caz, în general cu rezultate modeste.

Boala varicoasă este o boală de teren, cu evoluţie continuă, cu tendinţă la agravare progresivă şi care odată apărută persistă toată viaţa. Marea varietate de forme clinice şi a simptomatologiei face ca tratamentul acestei afecţiuni să prezinte o multitudine de procedee terapeutice, indicaţia lor în funcţie de stadiul evolutiv al bolii constituind cu adevărat o veritabilă măiestrie din partea medicului terapeut. În etapa actuală dispunem de următoarele proceduri terapeutice antivaricoase: clinostatismul (repaus la pat), tratament medicamentos (flebotonice), tratament sclerozant, tratament chirurgical, tratament compresiv, tratament balnear şi măsuri igienice.

Sunt de asemenea puse la punct o serie de măsuri preventive care au menirea pe de o parte de a preveni instalarea varicozei la persoanele predispuse, iar pe de altă parte de a preveni apariţia complicaţiilor la persoanele care au deja varice manifeste.

Pentru a obţine rezultatele scontate este absolut necesară colaborarea strânsă dintre medici şi bolnav, acesta din urmă trebuind să fie educat, instruit, lămurit că este necesar să respecte întocmai instrucţiunile date, că este necesar să facă o serie întreagă de concesii de lungă durată (mergând uneori până la schimbarea modului de viaţă sau chiar a profesiei), fără de care deseori tratamentul medical nu va da rezultatele scontate (22, 57, 58).

Scanned with OKEN Scanner

Principii de tratament ale bolii varicoase

- Varicoza prezintă aspecte multiple, fiecare dintre diferitele măsuri terapeutice trebuind să fie adaptate pentru forma clinică în care are cele mai importante indicaţii (individualizarea tratamentului);

- Varicele au o evoluţie continuă şi tratamentul trebuie să fie schimbat în funcţie de stadiul evolutiv al bolii, acelaşi bolnav beneficiind în timp de mai multe soluţii terapeutice (nu există nici o metodă terapeutică în stare de a vindeca definitiv boala);

- În aplicarea măsurilor terapeutice ale bolii varicoase trebuie să se ţină seama şi de factorii de risc ai acestei boli, orice metodă de tratament aplicată necesitând asocierea combaterii oricărui factor de agravare a bolii;

- Boala varicoasă se asociază deseori cu multiple complicaţii, fiecare dintre aceste complicaţii având o evoluţie deosebită, necesitând metode terapeutice speciale aplicate prioritar (se tratează mai întâi complicaţiile şi abia după aceea varicele);

- Varicoza odată apărută are o evoluţie continuă şi agravare progresivă şi numai în rare cazuri o metodă terapeutică rezolvă definitiv problema, în cea mai mare parte din cazuri bolnavul fiind predispus la recidive, iar pentru evitarea acestora se impun multiple măsuri preventive pe care bolnavul este obligat să le respecte.

Metodele de tratament ale varicelor:

- clinostatismul;
- tratamentul medicamentos;
- contenţia elastică;
- tratamentul chirurgical;
- scleroterapia;
- tratamentul balnear;
- tratamentul igienic.

I. Clinostatismul

Clinostatismul este o metodă eficientă şi la îndemâna oricărui individ. Pentru a fi eficientă ea trebuie aplicată pe o perioadă îndelungată, motiv pentru care este deosebit de scumpă deoarece scoate bolnavul din activitate. În insuficienţa venoasă simplă se aplică mai ales la cazurile cu decompensare funcţională bruscă: edeme şi infiltraţie a membrelor inferioare, crampe repetate, senzaţie de gambe grele cu oboseală generală etc., fenomenele instalându-se după ortostatism prelungit, munci grele şi îndelungate, călătorii etc. Un repaus la pat de 3-4 zile duce la întreruperea procesului patogenetic şi reintrarea în normal, uneori în absenţa oricărei alte medicaţii. Rezultatele bune se explică prin faptul că în clinostatism, indiferent de leziunile venoase, circulaţia de întoarcere se face în mod normal. În felul acesta clinostatismul este cea mai eficientă metodă de combatere a stazei venoase, dar şi cea mai scumpă în condiţii de spitalizare. Metoda şi-a dovedit eficienţa încă de pe vremea lui Hipocrate şi este utilizată şi astăzi cu mare succes pentru tratamentul la domiciliu al insuficienţei venoase. Are

Scanned with OKEN Scanner

marele dezavantaj că nu înlătură leziunile venoase şi la o simplă trecere în ortostatism staza se reinstalează. Din aceste motive bolnavii la care se aplică metoda clinostatismului, înainte de ridicarea din pat trebuie să aplice contenţie elastică (ciorapi sau feşi). În prezent clinostatismul nu se aplică în serviciile spitaliceşti decât numai pentru cazurile grave (edeme gigante, leziuni cutanate infectate, eczematizări cu exsudate etc.). După ce fenomenele acute s-au remis şi permit aplicarea contenţiei, bolnavul este externat şi tratat ambulator (22, 103).

II. Tratamentul medicamentos

a) Date generale privind medicaţia flebotonică

Aşa cum arătam anterior, varicele se asociază la peste 80% din cazuri cu diferite simptome subiective sau obiective care determină pe bolnavi să consulte. După Pinto Ribeira (99), numai 17% dintre varicoşi consultă serviciile de flebologie pentru complicaţiile varicelor, 50% pentru simptome subiective (tulburări funcţionale) şi 27% pentru motive estetice.

Cum cea mai mare parte din tulburările funcţionale ale varicelor răspund la tratamentul cu flebotonice, rezultă că tratamentul medical se aplică la peste 50% dintre varicoşi, constituind principala măsură terapeutică utilizată pentru aceşti bolnavi.

Trebuie înţeles de la început că nu există medicamente care să facă să dispară varicele, flebotonicele pot duce numai la atenuarea sau recesiunea temporară a "tulburărilor funcţionale" induse de dereglările circulaţiei de întoarcere, iar la o perioadă variabilă după întreruperea lor simptomele îşi fac de regulă reapariţia.

În plus, răspunsul la tonicele venoase al acestor tulburări nu este unanim, sunt interesate numai o parte dintre ele şi deseori pentru a rezolva problema este necesară schimbarea schemei terapeutice. Medicaţia flebotonică are la bază diferite extracte de plante, unele vitamine sau substanţe chimice de sinteză care au drept proprietate comună activitatea asupra pereţilor vasculari (capilare, venule, vene), crescând tonusul acestora (acţiune simpatico-mimetică), normalizând permeabilitatea lor şi crescându-le troficitatea. În ultimul timp s-a demonstrat că flebotonicele inhibă adeziunea leucocitelor de pereţii capilari şi migrarea lor în spaţiul pericapilar ducând la prevenirea tulburărilor trofice dermatita de stază (158) sau la vindecarea acestor leziuni. Flebotonicele descresc în plasmă nivelul moleculelor de adeziune endotelială VCAM-1 şi ICAM-1 intervenind activ în tulburările microcirculatorii produse de staza venoasă (159).

În literatura de specialitate se arată că în etapa actuală se utilizează numeroase substanţe flebotonice, numărul preparatelor comercializate trecând probabil de o sută. Consumul lor, mai ales în ţările avansate, este imens şi nu întotdeauna justificat. În nici o ţară din lume nu s-a dovedit că proporţia varicelor a scăzut în raport direct cu volumul de flebotonice consumate. Acţiunea lor este relativă şi mai ales pasageră. În multe ţări acţiunea lor este considerată îndoielnică şi sunt trecute la capitolul "medicamente care urmează să-şi dovedească eficacitatea", iar prescrierea lor este restrânsă.

Faptul că ele sunt solicitate de un număr mai mare de bolnavi, fiind deseori prescrise cu largheţe de medici face ca pe piaţa medicamentului să li se facă o publicitate

Scanned with OKEN Scanner

exagerată, în fiecare an apărând noi preparate, abandonându-se cele vechi. Un lucru rămâne însă sigur: calitatea flebotonicelor s-a îmbunătăţit de la an la an, rezultatele terapeutice s-au ameliorat mult, efectele secundare sunt din ce în ce mai rare, iar utilizarea lor se extinde. În prezent au fost puse la punct metode obiective de evaluare a acţiunii acestor substanţe asupra pereţilor vasculari: fotopletismografie cutanată, măsurare transcutanată a presiunii oxigenului, oxitimetrie, volumetrie, capilaroscopie intravitală etc. (22).

Pentru a avea succes clinic trebuie să aibă în vedere două lucruri: să stabilească dacă bolnavul respectiv prezintă simptome asupra cărora flebotonicele acţionează (alegerea cazurilor cu indicaţii pentru acest tratament) şi în al doilea rând alegerea flebotoniculuicel mai indicat pentru cazul respectiv (120).

- *Indicaţiile curei de flebotonice.* Este astăzi clar pentru toţi specialiştii că flebotonicele nu duc niciodată la dispariţia varicelor. Ele acţionează asupra repercusiunilor stazei venoase asupra microcirculaţiei şi a simptomelor secundare acestor perturbări. Practic flebotropele au acţiune pe edemele varicoase, pe infiltraţia apărută la varicoşi, pe senzaţia de gambe grele, pe durerile situate pe traiectul venos (flebalgii), pe senzaţia de presiune locală etc. Acţionează mai puţin pe parestezii şi crampe nocturne, pe sindromul gambelor neliniştite nocturn. Deseori tratamentul cu flebotonice trebuie să fie ajutat prin contenţie elastică, gimnastică medicală, balneofizioterapie, hidroterapie, sclerozări de varice etc.

Flebotonicele nu se pot substitui metodelor chirurgicale de tratament al varicelor, dar au mare valoare în pregătirea preoperatorie şi mai ales în tratamentul postoperator. Flebotonicele nu constituie singurul tratament al varicoşilor, însă fac parte din complexul de măsuri terapeutice ale acestei boli, iar atunci când indicaţiile sunt bine alese, rezultatele sunt pe măsură (108).

- *Alegerea flebotoniculuicel* mai indicat la cazul respectiv are deseori mare importanţă în asigurarea succesului terapeutic: unele preparate acţionează mai puternic pe edemele venoase, altele pe edemele cu componentă limfatică, altele pe rezistenţa capilară, pe când unele au efecte antiinflamatorii mai bune.

- *Durata tratamentului* este indicată în funcţie de simptomele bolnavului. Se admite că o cură de flebotonice durează între 21 şi 45 de zile. După o pauză de 1-3 luni şi numai dacă simptomele reapar cura se poate repeta. În caz de edeme cronice, unde rezultatele sunt parţiale, cura durează 20 de zile, după care se fac 10 zile pauză şi se repetă astfel mai multe luni la rând. După 45-60 de zile de tratament intervine efectul de inerţie sau indiferenţa farmacologică, unde efectele asupra tulburărilor funcţionale nu mai apar. Excepţie face ulcerul varicos, unde medicaţia flebotonică poate fi prelungită peste 2 luni, favorizând cicatrizarea.

b) Clasificarea flebotonicelor

1. Extracte purificate din plante

Extractele purificate din plante constituie cea mai numeroasă familie din cadrul medicamentelor flebotonice, existând mai multe categorii:

Scanned with OKEN Scanner

- Flavonoizii sau benzopirenele, categorie de substanţe înrudite cu vitamina P (a permeabilităţii), izolată încă din 1936 de Sznet-Gyorgy. Din această categorie sunt izolate până în prezent 150 de substanţe. Ele acţionează normalizând permeabilitatea capilară, cresc rezistenţa cimentului dintre celulele endoteliale şi activează metabolismul energetic din aceste celule (activează enzimele mitocondriale, în special procesele de fosforilare oxidativă şi de respiraţie celulară).

În afară de flavone s-a arătat că unele plante cu efecte flebotonice mai conţin şi alte substanţe cu efecte asemănătoare: heptoflavone, neohesperidina, astragalina, quercitina, unele catechine, oxicumarine, amidopurine, glucozide sau antocianine.

Dintre acestea se utilizează în practică următoarele:

- Rutinul (Rutozid), cel mai vechi flebocapilarotonic aflat în consum şi astăzi în ţara noastră. Din punct de vedere chimic este cverticin 3-ramnoglucozid. Are acţiune de normalizare a permeabilităţii capilare deteriorate şi a rezistenţei capilare. Administrat pe cale orală se resoarbe greu şi în ultimul timp este din ce în ce mai puţin utilizat deoarece au apărut produse cu activitate mult superioară.

- Heptoflavone, extrase din planta Crataegus oxycanta, cu acţiune de reglare a activităţii cordului şi sistemului circulator şi de diminuare a spasmelor vasculare produse de sistemul nervos vegetativ, are indicaţii în tulburările vasomotorii periferice, cu efecte de reglare a contracţiei venoase şi de activare a circulaţiei capilare. Se întâlneşte în compoziţia compusului Essaven.

- Escina, esculina sau esculatina este o saponină extrasă din castanul de India (Aesculus hippocastanus) care prezintă o acţiune antiedematoasă de 50 de ori mai puternică decât rutinul. Se pare că efectul favorabil se datorează asocierii cu alte substanţe cu efecte asemănătoare: flavonoizi, catecolamine, proescigenina, criptoescina, tanoizi etc., care acţionează sinergic cu efecte mult mai bune decât alte extracte din plante, motiv pentru care extractul de castan a fost cândva numit "oabaina venelor".

- Extractul de Hamamelis virginia cu acţiune fleboconstrictoare, sedativă şi decongestionantă (antiedematoasă) se găseşte în mai multe preparate.

- Extractul de Ruscus aculeatus, cu acţiune peristaltică venoasă, are după Elbaz (37) cele mai bune efecte asupra gambelor grele şi a crampelor nocturne (75-80% din cazuri).

- Extractul de Ginko biloba are acţiune de inhibare a acţiunii unor mediatori chimici (histamina, bradikinina, serotonina) cu acţiune în edemele venoase mai ales când sunt însoţite de fenomene inflamatorii locale şi de tulburări funcţionale. Este substanţa activă a produselor comerciale Ginkor şi Tanakan. Bilobalidele au efect protector pe celulele endoteliale, pe care le apără de hipoxie oprind degenerescenţa pereţilor venoşi.

- Viburnina este o răşină amară extrasă din Echinacea prunifolium cu acţiune fleboconstrictoare şi de normalizare a permeabilităţii capilare, se asociază în unele preparate cu extractul de castan indian, cu efecte asupra edemului venos.

- Asiaticozidul, acidul aziatic şi acidul madecasique, extrase din planta Centella asiatica şi constituind substanţele de bază în produsul Madecassol.

Scanned with OKEN Scanner

- Anticianozida, substanţa de bază din planta Vaccinum myrtillus este componentul de bază al produsului Difrarel, cu acţiunea principală de creştere a rezistenţei capilare.

- Hidrastina este un alcaloid extras din Hydrastis canadensis şi component al preparatului Essaven, cu efecte fleboconstrictoare.

- Diosmina, derivat heterozid de catecolamină, este o gama-benzopirină, extrasă şi purificată din plante din grupul Rutacee, aflată în preparatul Daflon. Produsul creşte tonicitatea venoasă, reconstituie filmul endo-capilar, normalizează permeabilitatea capilară şi astfel diminuă staza şi edemul. Daflonul ar avea efecte asupra edemelor la 75% din cazuri. După Elbaz (37, 38), după două săptămâni crampele dispar la 80% din cazuri, iar tulburările funcţionale date de varice în sarcină la 96%; diosmina purificată şi micronizată are efecte mult mai bune asupra circulaţiei periferice şi duce la dispariţia majorităţii tulburărilor funcţionale produse de decompensarea circulaţiei de întoarcere (preparatul Detralex).

- Catechine, extrase din mai multe plante, diminuează durerile şi crampele musculare, normalizează activitatea sfincterelor venulo-capilare, creşte tonusul pereţilor venulari şi ai pereţilor capilari. Se găseşte drept component în produsul Eucatex.

- Cumarine şi excumarine, substanţe conţinute în extractul de Melilot, cu acţiuni multiple: flebotonice, limfotonice, antiinflamatoare şi de normalizare a permeabilităţii, aflate în produsul Esberiven, cu indicaţii în insuficienţele venoase cu componentă limfatică. Babilliot (2), studiind preparatul Esberiven, ce are la bază substanţe cumarinice extrase din Melilot, constată dispariţia edemului la 96% din cazuri, a durerilor în 65%, a senzaţiei de greutate în gambe la 45%, a pruritului la 45% din cazuri. Asociind contenţia elastică cu acest flebotonic rezultatele s-au îmbunătăţit considerabil.

- Buphenine, cu acţiune selectivă asupra receptorilor vasculari periferici, se află în preparatul comercial Escina.

- Proantocianodoli, extraşi din sâmbure de struguri albi şi antocianozide, extras din Myrtilles, substanţe care se fixează pe mucopolizaharidele pereţilor venoşi şi intervin în sinteza de colagen, diminuă permeabilitatea capilară şi cresc rezistenţa parietală. Au indicaţii mai ales în limfedeme (preparatul Endotelon).

2. Substanţe semisintetice

În ultimele decenii, în tentativa de a ameliora acţiunea flebotonicelor s-a reuşit ca pornind de la unele flavonoide să se reuşească modificarea formulelor chimice, acţiune urmată de ameliorarea considerabilă a efectelor farmacologice. Din această categorie fac parte:

- Venorutonul (trihidroxirutosidul, Vitamina P4, factor P-Zyma) se obţine din rutin printr-un proces de hidroxietilare (0-b-hidroxi-etil) rutosid. Are acţiuni multiple: cea de normalizare a permeabilităţii capilare ce se aseamănă cu a escinei, cea antiinflamatorie şi antidureroasă cu a aspirinei, cea de normalizarea fluxului de fibrină endo-endotelial ce conferă efecte antitrombotice, iar creşterea tonicităţii fibrelor musculare din pereţii venoşi duc la efecte flebotonice. Este unul dintre cele mai utilizate flebotonice în etapa actuală. Are o perioadă de înjumătăţire de 24 de ore. Se acumulează

Scanned with OKEN Scanner

în pereţii venoşi. Nu are efecte teratogene şi se poate administra din luna IV de sarcină. Acţionează asupra deformaţiei eritrocitelor cu efecte antiagregante şi antitrombotice. Acţionează pe pereţii venoşi, unde inhibă sinteza de prostaglandine cu efecte de combatere a relaxării pereţilor venoşi şi de creştere a fleboconcentraţiei.

- Dihidroergotamina (Seglor) este un derivat semisintetic preparat din extractul de secară cornută. Din derivaţii hidrosolubili ergotamina şi ergosina prin hidrogenare iau naştere produşi cu efecte vasoconstrictoare, unul dintre cei mai activi dintre ei fiind dihidroergotamina. Are efecte în special pe tulburările funcţionale şi pe edemele varicoşilor pe care le remite în 75% din cazuri. Tragit (142), studiind efectul dihidroergotaminei în diferite forme de insuficienţă venoasă constată că cele mai bune rezultate se obţin în varicele simple şi stările prevaricoase însoţite de tulburări funcţionale. În forme avansate de insuficienţă venoasă efecte favorabile nu se observă decât la 30% din cazuri. Pattel (95) prin cercetări reografice evidenţiază efectul de creştere a tonusului pereţilor venoşi şi de activare a fluxului sanguin periferic cu ajutorul termografiei. Barbilliot şi Escalier-Imberb (3) consideră că tulburările funcţionale ale varicoşilor rămân principala indicaţie a dihidroergotaminei, aceasta dând rezultate favorabile la 92-95% din cazuri. După unii autori (22) efectul favorabil asupra circulaţiei de întoarcere s-ar explica prin asocierea unui efect antispastic la nivelul vaselor mici.

3. Produse obţinute prin prelucrarea unor extracte naturale

- Diosmina micronizată. O tehnică nouă a permis diminuarea particulelor de flavonoid de la 20 la 2 microni, crescând considerabil absorbţia intestinală şi biodisponibilitatea produsului, comercializat sub numele de Detralex. Preparatul conţine 90% diosmină micronizată şi 10% hesperidină. Are acţiune de creştere a tonusului venos (inhibă degradarea noradrenalinei de catecol-O-metil-transferază); creşte drenajul limfatic (amplifică tonusul vaselor limfatice, creşte presiunea intralimfatică, creşte numărul de vase limfatice funcţionale); scade permeabilitatea capilară (inhibă adezivitatea leucocitelor de pereţii capilari, scade eliberarea de mediatori ai inflamaţiei şi expresivitatea unor molecule de adeziune leucocitară, cum este L-selectina, sau de adeziune endotelială, cum sunt ICAM-1 sau VCAM-1).

- Acţiunile complexe pe care le are Detralex-ul asupra circulaţiei terminale a membrelor inferioare a făcut ca acest medicament să fie indicat aproape întoate formele de varice şi în majoritatea complicaţiilor acestora. În varicele incluse în clasificarea CEAP au indicaţii mai ales formele incluse între C0 şi C4 cu efecte mai bune la cazurile fără reflux venos (formele cu "tulburări funcţionale ale circulaţiei de întoarcere"). La cazurile cu reflux, tratamentul cu Detralex este util atât în formele cu reflux superficial cât şi la cele cu reflux profund. La formele cu leziuni trofice cutanate efectele sunt mai bune dacă se asociază contenţia elastică. Nu beneficiază de acest tratament, decât în mică măsură, edemele membrelor inferioare de natură cardiacă, hepatică, renală sau endocrină.

Efectul este redus la bolnavii cu alcoolism cronic, la cei ce fac tratamente prelungite cu corticoizi, cu beta-blocante, cu inhibitori de calciu, cu antiinflamatorii nesteroidiene sau la bolnavii aflaţi în tratament cu alte tonice venoase.

Scanned with OKEN Scanner

Rezultatele variază în funcţie de simptomele asociate varicoşilor. Astfel, în studiul RELIEF s-au obţinut următoarele rezultate:

- Edemul, prezent înainte de cură la la 90% din cazuri mai persistă la sfârşitul curei la 43%.

- Senzaţia de greutate în membrele inferioare, prezentă la 48-61% din cazuri dispare la 87% din cazuri.

- Crampele gambelor prezente la 71% din cazuri persistă la 17%.

- Durerile dispar la 2/3 din cazuri.

În general, 87,6% din cazurile de varice cu fenomene de decompensare funcţională beneficiază de tratamentul cu Detralex. Marea insuficienţă venoasă, cu tulburări trofice cutanate (157) beneficiază în mai mică măsură de acest tratament. În ulcerul varicos, după 2 luni de tratament fără Detralex s-a constatat vindecarea la doar 13% din cazuri, iar după tratamentul cu Detralex la 32% din cazuri (55).

4. Produse de sinteză cu efecte flebotonice

- Dobesilatul de calciu, substanţa de bază din preparatul Doxium, este din punct de vedere chimic dihidroxi-2,5-benzensulfat de calciu, cu acţiune în special pe rezistenţa şi permeabilitatea capilară. Acţionează mai ales pe tulburările funcţionale ce însoţesc varicele incipiente şi stările prevaricoase, unde are efecte favorabile la 91% din cazuri. În caz de varice vechi are acţiune bună numai în 52% din cazuri, iar în sindromul postflebitic ameliorează simptomatologia la 87%. În purpurele acute efectul este bun în majoritatea cazurilor, dar în ulcerul varicos numai la 55% din cazuri. Dobesilatul de calciu diminuă permeabilitatea capilară, scade vâscozitatea sângelui şi fenomenul de "înnoroire" şi ameliorează drenajul limfatic. Efectele favorabile apar însă la doze mari, de peste 1500 mg/zi. Cura este de cel puţin 3 săptămâni. Efectul antiedematos persistă 2 luni de la întreruperea tratamentului.

- Etamsylatul este substanţa conţinută în produsul comercial Dicynone, cu efecte deosebite asupra rezistenţei şi permeabilităţii capilare.

- Etilbenzofuranul, cu acţiune asupra capilarului şi comercializat sub denumirea de Fragivix.

- Glucofuranozidul, un produs de sinteză cu efecte multiple pe circulaţie, comercializat sub numele de Glivenol. Are efecte edematoase şi pe tulburările funcţionale. După Vieville (144) crampele dispar la 44,7% din cazuri, greutatea în gambă la 20,7%, flebalgiile la 17%, edemele la 33,3%.

- Cele mai utilizate plante din preparatele cu efecte tonice venoase sunt: Centella asiatica, Cupressus sempervirensis, Ruscus aculeatus, Fraximus excelsior, Conmaronna odorata, Hamamelis virginica, Aesculus hippocastani, Melilotus officinalis, Hypericum perforatus, Vaccinium myrtilli, Ruta graveleonis etc.

Majoritatea plantelor posedă însă substanţe flebo-capilarotonice în concentraţie cu efecte favorabile minore. Vremea tratamentului cu plante a trecut. În prezent se utilizează extracte purificate şi concentrate din plante, substanţe din plante prelucrate

Scanned with OKEN Scanner

chimic sau semisintetice care sunt studiate în laborator şi experimentate timp îndelungat şi care au precizate: dozele, efectele, indicaţiile, efectele adverse etc.

Flebotonicele constituie după Benoit (8) "numai un deget din mâna care îngrijeşte un varicos" şi toată arta terapeutului este de a le asocia în mod fericit cu contenţia, sclerotherapia, tratamentul chirurgical, tratamentul balnear şi fizioterapia.

c) Consideraţii generale privind tratamentul cu flebotonice la varicos

Acţiunea flebotonicelor fiind în general slabă şi greu de controlat, multe firme de medicamente pun în circulaţie produse complexe ce conţin o serie întreagă de alte substanţe care ar influenţa favorabil circulaţia venoasă. Vitamina E, fosfolipide esenţiale (ar ameliora permeabilitatea capilară şi ar avea efecte antiagregante şi antitrombozante), sulful (are acţiune trofică pe pereţii venoşi), foliculina (ar ameliora circulaţia capilară la femei), testosteronul (cu efecte similare la bărbaţi), extracte totale de glandă suprarenală (cu efecte tonice generale), clorofila, calciu gluconic (cu acţiune pe permeabilitatea capilară), aspirina sau fenilbutazona, lecitina, vitamina B, fosfatul de magneziu, acidul orotic, sulfatul de zinc, acidul fosforic, cafeina, iodura de potasiu, teofilina etc. Fiecare produs comercial are formula proprie. Astfel, după Vieville (143) pe piaţa europeană numai 7 preparate din această categorie conţineau o singură substanţă activă, 25 conţineau 2-3 substanţe, 27 aveau o combinaţie de 4-6 substanţe, 24 de 7-8, iar 11 peste 10 substanţe. Există o reţinere a unei părţi importante a flebologilor privind utilizarea lor în exces deoarece: multe efecte favorabile nu au fost verificate şi pe animale; unele acţiuni vasculare atribuite unor preparate sunt infirmate de alţi autori, deseori efectele placebo favorabile depăşesc 30% din cazuri (apropiindu-se de efectele favorabile observate cu substanţele active) etc. (22).

În general, se recomandă medicaţia flebotonică în asociaţie cu alte măsuri: contenţie, hidroterapie, sclerozări, gimnastică etc. Cele mai importante indicaţii pentru flebotonice sunt *tulburările funcţionale ale varicoşilor,* mai ales în stadiile de debut şi în *sindromul prevaricos,* unde nu se poate aplica tratamentul chirurgical sau sclerozările. Acţionează la aceste cazuri în primul rând prin creşterea tonusului venos, aşa cum arată studiile pletismografice (156). După Vieville (145) flebotonicele influenţează tulburările funcţionale în mod variabil (niciodată la toate cazurile). Astfel, greutatea în gambe este înlăturată după diferite cure cu tonice venoase, între 20% (Glivenol) şi 87% (Reparil); durerile de gambă între 60% (Daflon) şi 85% (Doxium); crampele dureroase între 44% (Glivenol) şi 81% (Reparil); edemele membrelor inferioare între 62% (Daflon) şi 75% (Cirkan). După experienţa personală (4, 16, 18, 20), simptomatologia varicoşilor este influenţată astfel de tonicele venoase (Figura 31): edemul este influenţat până la 95% din cazuri, durerea dispare la 61% şi se ameliorează la 34%, senzaţia de arsură dispare la 63% şi scade la 34%, senzaţia de gambe grele dispare la 30% şi se reduce la 52%, sindromul gambelor neliniştite nocturn dispare la 49% şi diminuează la 31%, dermita de gambă este influenţată la 40% şi se ameliorează la 30%, purpura acută dispare la 35% şi se reduce la 25%, ulcerul de gambă are, în comparaţie cu alte tratamente, o evoluţie favorabilă la 33%, iar varicozităţile gambei nu sunt influenţate favorabil decât la 5% din cazurile tratate (2).

Scanned with OKEN Scanner

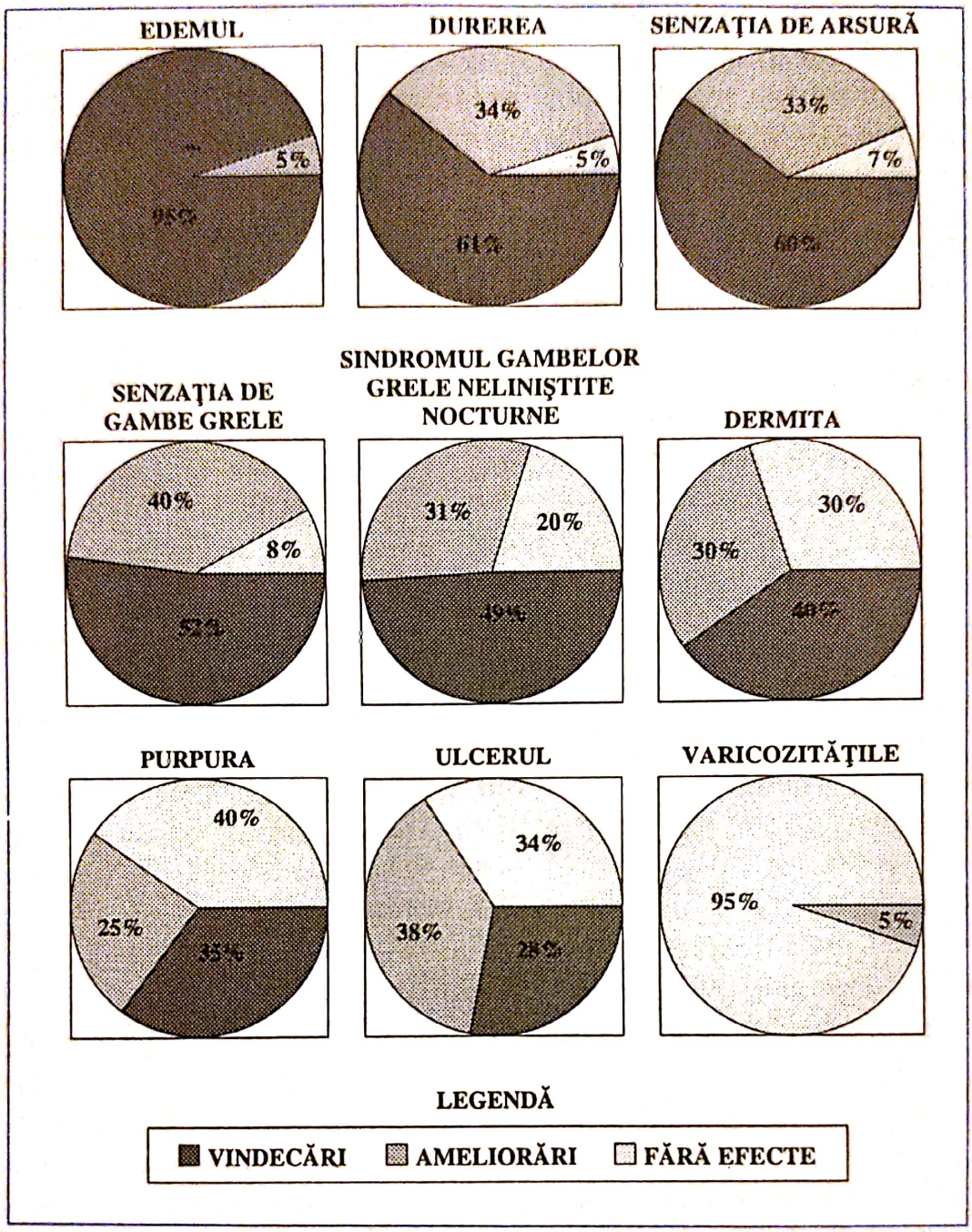


Figura 31.

Efectul favorabil al tonicelor venoase apare după 7-10 zile de tratament, iar dacă după 15 zile nu s-a observat nici o ameliorare se va renunţa la medicamentul respectiv şi se va încerca altul. Cura de flebotonice durează între 30 şi 45 de zile. Nu se recomandă prelungirea peste 45 de zile deoarece după această dată apare fenomenul de inerţie farmacologică şi tratamentul este inutil (22). Preparatele noi (Detralex) permit cure de lungă durată, cu rezultate bune şi fără efecte secundare importante.

- *Sindromul postflebitic* mai ales în faza lui incipientă (maladia postflebitică) beneficiază în ¾ din cazuri de flebotonice, însă aici asocierea contenţiei elastice externe este obligatorie. După întreruperea flebotonicelor contenţia se aplică în continuare

Scanned with OKEN Scanner

deoarece la 2 săptămâni de la întreruperea curei medicamentoase edemele se refac. Zuccarelli (154) susţine că sindromul postflebitic constituie principala indicaţie a medicaţiei flebotonice, cel puţin ¾ din aceşti bolnavi obţinând rezultate favorabile (159).

- *Pregătirea varicelor pentru operaţie* se face de regulă prin cură de flebotonice şi contenţie elastică timp de 10-14 zile, intervenindu-se chirurgical numai atunci când edemele s-au resorbit şi gambele sunt suple.

- *După intervenţia chirurgicală,* când bolnavii prezintă edeme şi dureri la nivelul gambelor, o cură de flebotonice ameliorează aceste simptome şi grăbeşte vindecarea (mai ales dacă se asociază şi contenţia).

- *Sindromul prevaricos* are ca indicaţie principală cura de flebotonice, unde se obţin următoarele rezultate: dispariţia edemului la 85%, a senzaţiei de arsură şi parestezilor la 65%, a durerilor la 61% din cazuri. Vieville (144), după cure prelungite cu Glivenol constată dispariţia tulburărilor funcţionale din sindromul prevaricos astfel: durerile la 44,7% din cazuri, greutatea în gambe la 20,7%, flebalgiile la 17%, edemul la 33% din cazuri. Pentru a creşte procentul rezultatelor favorabile se impune asocierea contenţiei elastice.

- *Flebotonicele şi ulcerul varicos sau dermatita de stază.* Toţi autorii care s-au ocupat de această afecţiune arată că ulcerul varicos beneficiază numai parţial de aceste medicamente. Ele au indicaţie mai ales acolo unde ulceraţia se însoţeşte de edem şi de diferitele "tulburări funcţionale" ale insuficienţei venoase. Astfel, Raso (104) arată că în ulcerul varicos 78,4% din cazuri au dureri, 52,5% edeme ale membrelor inferioare, 30,9% parestezii şi 79,9% dureri difuze în gambe. Asocierea de flebotonice la tratamentul general al ulcerului însoţit de aceste simptome duce la o evoluţie favorabilă cel puţin pentru primele trei săptămâni. Cura prelungită cu Detralex creşte numărul de vindecare de aproape trei ori.

- *După sclerozări de varice,* când local rămân hematoame, flebite şi periflebite, edeme reziduale sau alte tulburări, o cură de tonice venoase duce la ameliorarea acestei simptomatologii şi la o evoluţie mai bună după această procedură terapeutică.

- Tratamentul cu flebotonice la *femeile cu varice care iau anticoncepţionale* estro-progestative. Se ştie că anticoncepţionalele agravează varicoza unor femei, iar la altele chiar o declanşează. La aceste cazuri flebotonicele au acţiune de ameliorare a simptomelor şi de oprire a evoluţiei varicelor. Tratamentul cu flebotonice se face în două modalităţi:

- cura de 20 de zile pe lună (cât timp se iau anticoncepţionalele);

- cura permanentă pe perioadă prelungită, fără pauză.

Se pare că a doua modalitate dă rezultate mult mai bune.

- Tratamentul cu flebotonice *la gravidele cu varice.* Flebotonicele nu sunt teratogene, însă majoritatea autorilor recomandă prudenţă deoarece o mare parte din aceste medicamente nu sunt bine purificate şi pot conţine substanţe cu efecte necunoscute. Din aceste motive, la gravidele cu varice şi edeme se pot da flebotonice numai din luna III-IV de sarcină sau, după alţi autori, numai în trimestrul III.

Scanned with OKEN Scanner

După experienţa personală (18, 19, 20), rezultatele tratamentului cu flebotonice în diferitele forme clinice ale insuficienţei venoase sunt următoarele (Figura 32): în stările prevaricoase rezultate bune la 65% din cazuri şi ameliorări la 22%, în varicele simple: rezultate favorabile la 50%, ameliorare la 20%, în sechelele postflebitice rezultate bune la 60%, ameliorări la 33%, în dermitele varicoase ameliorări la 46%, în ulcerele varicoase la 40%, iar în flebitele şi periflebitele varicoase la 29% din cazuri.

Efectul tonicelor venocapilare asupra diferitelor forme de insuficienţă venoasă

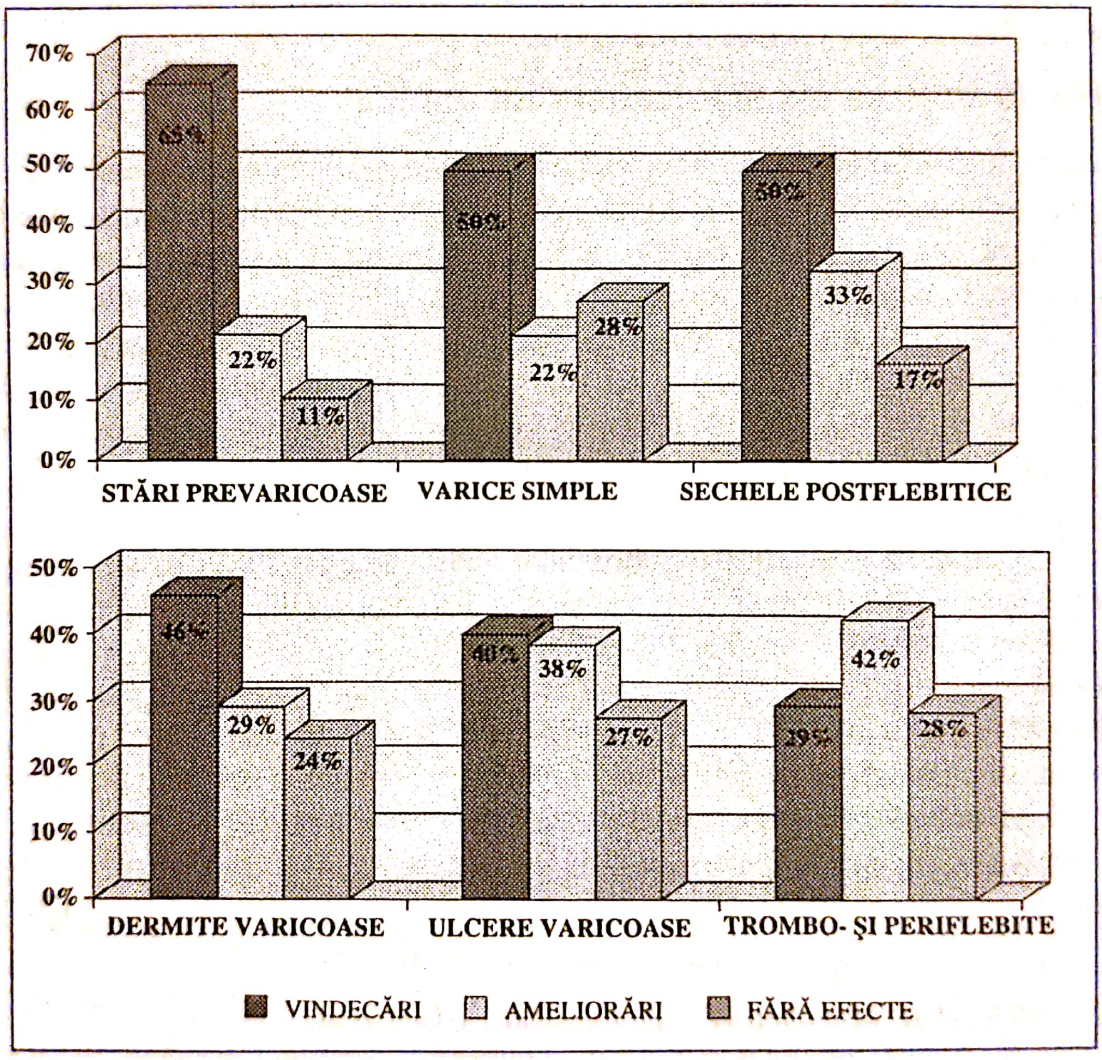


Figura 32.

În concluzie, medicaţia flebotonică, deşi are o prescriere largă în patologia flebologică nu constituie decât o terapie simptomatică, înlăturând în primul rând tulburările funcţionale subiective (dureri, crampe, parestezii, senzaţia de gambe grele, sindromul gambelor neliniştite nocturn etc.) şi în al doilea rând simptomele obiective, dintre acestea pe primul plan situându-se edemul. De aici reiese că aceste medicamente au indicaţie numai atunci când varicele se însoţesc de astfel de simptome. Dacă ele lipsesc, atunci acest tratament nu este indicat sau are efecte reduse.

Scanned with OKEN Scanner

În privinţa acţiunii preventive a flebotonicelor asupra evoluţiei varicelor şi a evitării apariţiei unor complicaţii, datele din literatură nu aduc argumente convingătoare. Se pare că o mai bună acţiune preventivă au contenţia elastică, tratamentul balnear, modul de viaţă şi activitatea profesională, gimnastica şi sporturile.

Efectul flebotonicelor variază şi în funcţie de stadiul evoluţiei varicelor. În insuficienţa funcţională durerea dispare la 77% din cazuri, starea de disconfort la 77% din cazuri, edemul la 72% din cazuri iar parestezиile la 84% din cazuri. În caz de insuficienţă venoasă cu leziuni organice vasculare şi cutanate starea de disconfort dispare la 73%, durerea la 75% din cazuri, edemele la 83% din cazuri, iar parestezиile la 78% din cazuri (75 bis). Interesantă este observaţia făcută de studiul RELIEF: după 6 luni de tratament cu Detralex, jumătate din numărul de bolnavi cu insuficienţă venoasă avansată au trecut în stadii mai uşoare (163).

d) Efectele adverse ale medicaţiei flebotonice

Majoritatea autorilor arată că flebotonicele sunt în general medicamente anodine, netoxice şi nealergice. Lucrul acesta este valabil pentru cea mai mare parte din substanţele de origine vegetală: flavonoidele, escina, rutinul etc. Cu timpul, în efortul făcut pentru a potenţa acţiunea acestor preparate au fost adăugate noi substanţe, din cele mai diferite categorii, unele dintre ele ducând la apariţia de efecte secundare. Se apreciază că efectele secundare apar la 5% din cazuri. Majoritatea acestora sunt de importanţă minoră: vertije, cefalee, tulburări digestive ("greutate în stomac", balonări, greţuri şi vărsături). Mai rar apar erupţii cutanate şi excepţional hepatite (după cumarine şi benzarone).

Bourel (13) arată că din cele 94 flebotonice analizate de el 9 au în compoziţia lor substanţe alergice (iodul), altele conţin substanţe care pot produce ocluzia căilor biliare (extractul de heliotrop), care produc hemoragii digestive (crotalaria) etc. Erupţiile cutanate de tip alergic apar uneori, fiind întâlnite la majoritatea preparatelor. Jaeger şi colab. (68) scot în evidenţă şi alte efecte nedorite mai rar semnalate: pseudolupus la veinocuran, insuficienţa renală acută la betaescină, procese imunologice complexe (hemoliză, trombopenie, toxicitate hepatică sau renală şi iritaţii digestive) la catechine (produsul Eucatex).

Cea mai mare parte din aceste accidente dispar spontan la câteva zile de la întreruperea tratamentului, având aşadar o evoluţie benignă (22).

III. Tratamentul compresiv (contenţia elastică)

Fără a avea indicaţiile maxime din dermatita de stază (unde constituie condiţia esenţială în tratamentul ambulator, fără de care vindecarea leziunilor trofice cutanate este practic imposibilă), contenţia elastică are indicaţii şi în varicele simple, fiind utilă în două împrejurări: apariţia de edeme ale membrelor inferioare şi prezenţa de tulburări funcţionale. Se mai utilizează şi în scop preventiv: oprirea din evoluţie a unei varicoze declanşate şi evitarea instalării insuficienţei cronice varicoase, sau pentru consolidarea rezultatelor unor metode terapeutice: cura chirurgicală a varicelor sau după efectuarea de injecţii sclerozante. Efectele contenţiei elastice externe asupra circulaţiei venoase:

Scanned with OKEN Scanner

- accelerează circulaţia venoasă şi limfatică, crescând debitul venos de 5-7 ori;
- reduce staza în circulaţia terminală, favorizând oxigenarea ţesuturilor;
- reduce lumenul venelor dilatate şi restaurează funcţiile valvulare;
- favorizează resorbţia la nivelul microcirculaţiei prin creşterea presiunii tisulare, ducând la absorbţia edemului şi proteinelor extravazate;
- previne apariţia leziunilor cutanate şi a flebitei;
- îmbunătăţeşte eficienţa scleroterapiei şi a tratamentului chirurgical al varicelor (dacă este aplicată pre- şi postoperator).

Din aceste motive Bourde spunea: "poate că nu există în toată patologia umană un capitol unde cu mijloace atât de simple să se obţină rezultate aşa de valoroase", iar Kluken consideră contenţia "un mijloc terapeutic de neînlocuit în insuficienţa cronică venoasă" (72).

Cunoscută încă de pe vremea lui Hipocrate, reluată de arabi şi de romani, reutilizată în Europa medievală, metoda a fost de nenumărate ori abandonată (odată cu apariţia altor metode de tratament al varicelor) şi tot de atâtea ori s-a revenit la ea. Marile succese obţinute de chirurgia vasculară au dus la speranţa rezolvării problemei varicelor pe această cale, dar rezultatele au fost numai parţiale, iar recidivele numeroase, astfel că s-a pus din nou accentul pe metoda contenţiei, arătându-se în ultimul timp că rolul ei este considerabil, fiind considerată "metoda vedetă", cu cele mai largi indicaţii şi cele mai bune rezultate în terapia bolii varicoase. Dintre mijloacele de contenţie elastică cea mai largă utilizare o au ciorapii (în dermatita de stază rolul principal îl joacă însă feşile elastice).

Metoda este însă subestimată de o parte din corpul medical, deseori este incorect prescrisă şi mai ales rău aplicată. Se apreciază că 50% dintre bolnavii cu varice care aplică contenţie nu o fac în mod corect şi astfel nu se obţin rezultatele scontate. Este necesară delimitarea dintre contenţie şi compresie (108):

- contenţia se face prin feşi extensibile, care în repaus exercită o presiune foarte slabă asupra venelor, însă la mers, când volumul gambei se amplifică, faşa elastică exercită o presiune asupra venelor ce ajunge până la 60 mmHg.
- compresia se face cu feşi inextensibile, exercită aceeaşi presiune asupra pielii, atât în repaus cât şi la mers.

Contenţia se utilizează pentru combaterea stazei venoase, în timp ce compresia se utilizează mai ales după sclerozări.

După cum s-a arătat, contenţia venoasă reduce staza venoasă şi împiedică formarea edemului. Cercetările lui Jordans şi Faucon (144) făcute cu ajutorul izotopilor radioactivi au arătat că viteza de circulaţie în plexurile venoase superficiale creşte, după aplicarea contenţiei, de 5 ori.

După Vieville (144) în urma aplicării contenţiei elastice staza venoasă este redusă în aceeaşi măsură ca atunci când gamba este aşezată în poziţie ridicată la 45°. Este necesară contenţia deoarece la varicele decompensate în timpul mersului, când pompa

Scanned with OKEN Scanner

musculară intră în funcţie, debitul sângelui venos creşte de 20-40 de ori, iar presiunea în interiorul lojelor musculare de 4-5 ori (143). În felul acesta presiunea interioară depăşeşte de câteva ori pe cea subcutanată. Prin valvulele insuficiente sângele este astfel evacuat la periferie în loc să ajungă la inimă. Aplicarea strânsă a feşilor sau ciorapilor elastici împiedică acest reflux şi activează circulaţia locală a sângelui venos.

Contenţia trebuie *adaptată cazului* (mai strânsă la obezi) şi *bolii* (gradului de decompensare a circulaţiei venoase), ea trebuie să fie *concentrică* (să exercite aceeaşi presiune pe toată circumferinţa gambei) şi trebuie să fie *selectivă* (mai puţin intensă pe zonele dureroase).

Mijloacele de contenţie

Mijloacele de contenţie acţionează la mai multe niveluri:

- pe vene: diminuă lumenul şi scad capacitatea lor de depozitare, scad refluxul sângelui din profunzime la periferie, activează circulaţia de întoarcere, ameliorează funcţiile valvulare şi amplifică funcţiile pompelor musculare, duc la dispariţia leziunilor cutanate induse de stază;

- pe artere reduc fluxul sanguin şi pot agrava ischemia la arteritici;

- pe limfatice activează circulaţia şi reduc edemul;

- pe ţesuturi duce la creşterea presiunii intratisulare şi la resorbţia edemului şi a infiltratelor hipodermice.

1. Ciorapii elastici sunt mai frecvent utilizaţi de femei şi mai puţin de bărbaţi. Au avantajul că se aplică mai repede şi sunt mai eleganţi, deseori greu de deosebit de ciorapii obişnuiţi. Au marele inconvenient că este foarte greu de ales măsura. În ultimul timp s-au pus la punct metode de confecţionat ciorapi la comandă, în funcţie de capacitatea de contenţie prescrisă de medic şi de configuraţia membrelor inferioare (grosime, înălţime etc.). Metoda se bucură de un imens succes şi este într-o extindere rapidă în majoritatea ţărilor avansate. În felul acesta, pe de o parte a crescut eficienţa metodei, iar pe de altă parte aceşti ciorapi elastici sunt mult mai bine suportaţi de bolnavi.

Trebuie avut în vedere că ciorapii de varice "se lasă", nu mai exercită compresia suficientă şi trebuie să fie schimbaţi la 6 luni (nu se poartă până ce se rup). S-a constatat că purtarea permanentă a ciorapilor poate opri evoluţia varicelor şi preveni instalarea insuficienţei venoase cronice şi a ulcerului varicos. Chiar şi în varicele secundare trombozei venoase profunde (sindrom postflebitic), pe un lot mare de bolnavi, s-a arătat că la cei care au purtat ciorapi de varice timp de 6 ani a apărut insuficienţa venoasă la 20%, în timp ce la martori la 47% din cazuri (22, 103).

În prezent contenţia elastică este cea mai eficientă şi cel mai mult folosită metodă de combatere a insuficienţei venoase cronice, fiind utilizată în unele ţări de 71% din aceşti bolnavi. Are dezavantajul că este în fond o proteză care îşi exercită acţiunea numai atât timp cât se aplică (aşa cum se întâmplă cu ochelarii, protezele dentare sau proteza membrelor inferioare). Ca să fie eficientă metoda trebuie aplicată zi de zi,

Scanned with OKEN Scanner

practic toată viaţa, însă deseori bolnavii se plictisesc şi o abandonează. De îndată ce nu se mai aplică staza venoasă se reinstalează.

- *Prescrierea ciorapilor de varice* se face după mai multe criterii care diferă de la o ţară la alta. Cele mai utilizate prescripţii sunt (29):

• După forţa de contenţie capabilă să combată diferitele stadii ale stazei venoase:

- Forţa I (categoria I) sau de compresie uşoară: varice incipiente, gambe groase, sarcină etc., unde este necesară o compresie maximă de 15-25 mmHg, aceasta fiind exercitată la nivelul gleznei;

- Forţa II (categoria II): sau de compresie mijlocie: varice decompensate (edematogene), varice recidivante după safenectomie sau după sclerozări, la cazurile de tulburări funcţionale supărătoare, unde ciorapii trebuie să exercite o compresie maximă de 30-45 mmHg;

- Forţa III (categoria III) sau de compresie forte se recomandă la cazurile unde ulcerul varicos s-a vindecat (efect preventiv), după flebite profunde (sindrom postflebitic), la cazurile cu edem permanent pe cale de organizare, unde este necesară o contenţie maximă de 45-65 mmHg;

- Forţa IV (categoria IV) sau de compresie extraforte, la cazuri cu edeme mari organizate (elefantiazis) sau cu hipodermite flebopatice, unde ciorapii trebuie să exercite o compresie maximă de 70-100 mmHg.

În Franţa clasificarea forţei de contenţie maximă a ciorapilor elastici este mult mai mică: pentru clasa I de 10-15 mmHg, pentru clasa II de la 15 la 20 mmHg, clasa III de la 20 la 36 mmHg, clasa IV peste 36 mmHg.

Dar indiferent de prescripţia medicală bolnavul este cel care îşi alege ciorapul elastic. Acesta trebuie să îndeplinească două condiţii: să fie bine suportat, iar toate simptomele care însoţeau varicele (edeme, durere, parestezii, crampe, senzaţia de gambe grele etc.) să dispară sau să se atenueze în mod evident.

Ciorapii elastici pot fi de serie sau confecţionaţi la comandă după măsură, aceştia din urmă dând rezultate mai bune. S-a constatat că dau rezultate mai bune ciorapii care exercită cea mai mare compresie la nivelul gleznei, presiunea scăzând progresiv pe măsură ce se urcă înspre genunchi (Figura 33). În caz de edeme permanente se procedează iniţial la îndepărtarea edemelor prin cura de flebotonice şi aplicare de feşi elastice şi numai atunci când gambele au fost aduse la normal se trece la alegerea şi aplicarea ciorapilor elastici. Alegerea ciorapilor este o problemă dificilă, numai 74% din cazuri putând găsi ciorapi de serie care să corespundă configuraţiei membrelor inferioare ale bolnavilor. Ciorapii la comandă sunt astfel mult mai indicaţi.

• După lungimea membrelor inferioare se recomandă:

- Ciorapi scurţi ("bas jarret"), care ajung până la genunchi, sunt cel mai bine toleraţi şi au cea mai largă utilizare în sindromul postflebitic;

- Ciorapi lungi ("bas cuisse"), pot fi până la jumătatea coapsei sau până sus;

- Ciorapi ce cuprind şi pelvisul ("pelvibas");

- Ciorapi ce cuprind şi abdomenul ("gravibas").

Scanned with OKEN Scanner

Compresia pe care trebuie să o execute pe diferite zone un ciorap elastic

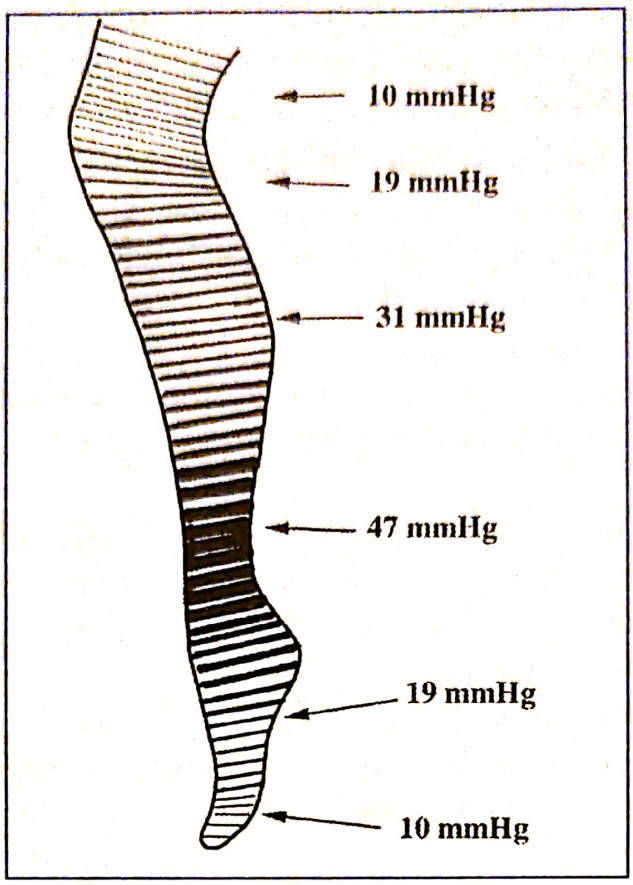


Figura 33 (după Sigg)

• După grosimea gambelor se deosebesc:

- Ciorapi pentru gambe subţiri (cu circumferinţă de 25 cm);
- Ciorapi pentru gambe de grosime medie (cu circumferinţă de 38 cm);
- Ciorapi pentru gambe groase (cu circumferinţă de peste 64 cm).

Principiile prescrierii ciorapilor elastici:

• prevenirea dezvoltării varicelor la persoanele predispuse;

• la varicoşi unde există contraindicaţii pentru alte metode terapeutice;

• consolidarea rezultatelor terapeutice obţinute prin metode chirurgicale sau prin scleroterapie (13);

• prevenirea recidivelor previzibile la persoanele cu insuficienţă venoasă cronică supusă unor tratamente medicale sau chirurgicale.

După Conu-Thenard (30) recomandarea ciorapilor trebuie să precizeze cinci lucruri:

- marca ciorapilor;
- forţa de contenţie (în mmHg);
- grosimea (circumferinţa gambei în cm);
- înălţimea lor (până sub genunchi, până la coapsă, în chilot);
- lungimea (scurt, mediu, lung, în funcţie de înălţimea bolnavului).

Scanned with OKEN Scanner

Sunt preferaţi ciorapii a căror forţă de contenţie este maximă la nivelul gleznei şi care scade progresiv în 1/3 superioară a gambei (Sigvarix). Uneori se poate recomanda aplicarea concomitentă a doi ciorapi unul peste altul: doi ciorapi de categoria I exercită compresie cât unul de categoria II; în sechelele de flebită profundă cu localizare iliacă se pot recomanda doi ciorapi suprapuşi (unul lung de categoria II şi altul scurt de categoria III).

Dar ca să fie eficientă contenţia trebuie să fie asociată cu mişcarea (binomul contenţie-ambulaţie). În cursul mersului şi al contracţiei musculaturii gambei volumul acesteia creşte. Circulaţia venoasă superficială este prinsă între două forţe de compresie (dinăuntru şi din afară) presiunea venoasă creşte considerabil, învinge presiunea hidrostatică şi sângele depozitat în venele superficiale este împins în mod mecanic spre inimă. Din aceste motive Cafet şi Merlen (84) au lansat lozinca "pune faşa elastică şi umblă" (parafrazând un celebru text biblic).

- *Alegerea ciorapilor elastici în absenţa bolnavului:* se măsoară circumferinţa gambelor în zona supramaleolară, în zona moletului şi sub articulaţia genunchiului. Din lungimea circumferinţei se scad 2 cm, iar ce a rămas se împarte la 2. Aceasta este lăţimea ciorapilor în cele trei zone, ciorapul fiind bine întins pe tejghea.

- *Contraindicaţiile ciorapilor de varice:*

• nu se prescriu ciorapi de varice la cazurile unde varicele necesită rezolvare prin alte măsuri terapeutice: cura chirurgicală sau injecţii sclerozante;

• nu se prescrie contenţie prin ciorapi la cazurile unde edemul este minim: dacă diferenţa de circumferinţă constatată seara faţă de dimineaţa nu trece de 1 cm, aplicarea ciorapilor este inutilă;

• în hipodermitele flebopatice acute şi subacute, unde este nevoie de o contenţie puternică, se preferă feşile elastice în locul ciorapilor;

• la persoane cu gambe foarte subţiri (cu circumferinţă sub 18 cm) ciorapii sunt greu de ales şi compresia externă exercitată de ei este slabă, problema fiind mai bine rezolvată cu ajutorul feşelor;

• elefantiazisul (edemul cronic în stadiul de organizare fibroasă) nu poate fi remis cu ajutorul ciorapilor, această boală putând fi mai bine rezolvată cu feşe elastice şi reductorul de edeme.

Ciorapii de varice sunt menţinuţi numai în timpul activităţii în poziţie ortostatică, fiind scoşi în cursul orelor de odihnă atât în cursul zilei, cât şi în cursul nopţii.

Un ciorap este considerat eficient atunci când:

- împiedică instalarea edemului ortostatic;

- dispar diferitele tulburări funcţionale care însoţesc varicele;

- după câteva ore de exercitare a compresiei asupra pielii putem spune că un ciorap este eficient dacă imprimă ţesătura ciorapului pe tegument;

- compresia nu este dureroasă, fiind relativ bine suportată.

În cursul sezonului cald înainte de tragerea ciorapului este indicată pudrarea tegumentului gambei respective cu pulbere de talc (22).

Scanned with OKEN Scanner

Fără a rezolva problema varicelor, ciorapii elastici sunt utili în această boală ducând la dispariţia tulburărilor funcţionale, la dispariţia edemului, la oprirea evoluţiei cordoanelor venoase şi evitarea complicaţiilor, la pregătirea varicoşilor pentru cura chirurgicală şi scleroterapie, la consolidarea rezultatelor după aceste metode de tratament.

2. Feşile elastice (pansamentele compresive) au mai rare indicaţii în varicele simple, ele fiind utilizate mai ales în sechelele de flebită şi insuficienţă venoasă cronică însoţită de tulburări trofice.

Feşile elastice sunt mai mult sau mai puţin extensibile. Există astfel:

- Feşi cu capacitate de extensie redusă (până la 70% din lungime), care exercită o compresie slabă în repaus, dar care exercită o compresie mare la mers, când diametrul gambei creşte mult. Se recomandă în varicele mari, decompensate, în ulcerul varicos, în hipodermita flebopatică şi după sclerozări (160).

- Feşi cu capacitate de extensie mijlocie (70-140% din lungime), care exercită în repaus o compresie mai mare, însă la mers aceasta este moderată. Se recomandă în varicele fără edeme, unde se urmăreşte oprirea lor din evoluţie.

- Feşi cu capacitate mare de extensie (peste 140% din lungimea lor), care exercită acţiune mai mult în ortostatism şi care se aplică în scop preventiv.

- Feşi adezive care au pe una din feţe aplicată o masă acrilică, care sunt puţin extensibile şi care aderă de piele şi unele de altele, având utilizare mică. Se utilizează în entorse, rupturi musculare, hipodermite infiltrative etc., acolo unde dorim ca pansamentul să se păstreze mai multe zile.

- Feşi zincate, care se aplică după înmuiere cu apă şi care se utilizează pentru aplicarea de "col de zinc" sau "cizma Unna", utilizate în tratamentul ulcerului varicos.

- Feşi în 4 straturi, utilizate în insuficienţa venoasă cronică şi care conţin: în interior o bandă moale şi absorbantă; apoi o bandă de bumbac ce o menţine fixă pe prima; o bandă cu extensie mare, iar la suprafaţă o bandă aderentă care permite o fixare foarte bună.

Lăţimea feşilor elastice

Există feşi elastice de diferite lăţimi: de 5-8-10 şi 12 cm şi alegerea lor se face în funcţie de grosimea gambelor tratate. Pentru contenţie numai la nivelul piciorului şi al gleznei se pot utiliza benzi de 5 sau 8 cm. Pentru aplicare la gambe de 8 şi 10 cm, iar pentru contenţie la nivelul coapsei feşi late de 12 cm, sau chiar de 15 cm (la obezi).

În varicele simple feşile elastice au următoarele *indicaţii* (22):

- Varice rapid decompensate, cu edeme mari şi care se resorb noaptea numai parţial. Cu ajutorul feşilor se efectuează o adevărată "stoarcere" a gambelor edematiate, după înlăturarea edemelor putându-se trece la aplicarea de ciorapi elastici;
- Varice secundare apărute pe fondul unui sindrom postflebitic, cu edem important, greu reversibil. La aceste cazuri numai aplicarea strânsă a feşilor poate înlătura edemul şi dezinfiltra gambele. După dispariţia edemului se poate trece la aplicarea de ciorapi elastici, mai ales dacă bolnavul este de sex feminin. La bărbaţi cu varice post-

Scanned with OKEN Scanner

flebitice se recomandă aplicarea de feşi elastice pentru toată viaţa, rolul lor în prevenirea instalării dermatitei de stază fiind considerabil.

• În cazul varicelor total decompensate, cu edem cronic pe cale de organizare sau organizat fibros (elefantiazis), unde numai cu ajutorul feşilor poate fi redus edemul şi înlăturată infiltraţia. Edemul şi infiltraţia întâlnite la aceste cazuri dispar numai după aplicarea foarte strânsă a feşilor (la limita suportabilităţii bolnavului), rezultatele apărând după o perioadă de mai multe luni. Mulţi autori combină în această situaţie şedinţe de dezinfiltrare cu ajutorul reductorului de edem, urmate imediat de aplicarea de feşi elastice. În felul acesta feşile păstrează rezultatele obţinute prin reductorul de edem şi împiedică reinstalarea acestuia.

• La sportivii varicoşi (143), unde se produce refluxul sângelui venos din profunzime spre suprafaţă (forţând perforantele), feşile pe de o parte protejează gambele acestora de traumatisme şi noi tromboze venoase, iar pe de altă parte evită rupturile spontane ale unor vene subcutanate în cursul eforturilor maxime din exerciţiile sportive. Se ştie că la sportivi presiunea în venele profunde ale gambelor creşte în cursul exerciţiilor de 4-5 ori faţă de normal. Această presiune internă puternică poate "forţa" valvulele venelor perforante, sângele profund năvălind cu forţa în reţeaua venoasă periferică. În felul acesta venele se dilată, luând un aspect varicos, prin acest mecanism explicându-se prezenţa varicelor la 85% dintre sportivi. La sportivii unde deja s-au format varicele, aplicarea de feşi elastice în timpul efortului din timpul exercitării sportului, dar şi în timpul ortostatismului prelungit, duce la prevenirea dezvoltării în continuare a varicelor şi a complicaţiilor acestora.

• Varice congenitale decompensate (edeme, dureri, pigmentaţie, dezvoltarea de noi ramuri varicoase), unde aplicarea de feşi elastice este absolut necesară pentru a opri evoluţia rapidă a acestor varice către decompensare. Este necesară contenţia, mai ales a formelor recidivante după cura chirurgicală, unde numai această procedură previne instalarea dermatitei de stază.

• Varice însoţite de edem la gravide, unde apariţia edemului nu poate fi împiedicată prin ciorapi elastici. Feşele elastice corect aplicate împiedică astfel organizarea edemului, apariţia de complicaţii sau dezvoltarea în continuare a varicozităţilor.

• Varice recidivate după cură chirurgicală, în special cele însoţite de edem şi în pericol de instalare a dermatitei de stază. Numai aplicarea feşilor poate proteja bolnavul de complicaţii şi de instalarea unei insuficienţe venoase.

• Pentru consolidarea rezultatelor safenectomiei şi scleroterapiei unde aplicarea feşilor este obligatorie pe o durată de aproximativ două luni, mai ales la cazurile care fac edeme postoperatorii.

Reguli necesare aplicării feşelor elastice

Înainte de a trece la prescripţia a feşilor elastice, medicul trebuie să convingă bolnavul de importanţa acestui act terapeutic, de necesitatea aplicării corecte a feşilor şi de purtarea lor permanentă. După ce bolnavul este convins se trece la instructajul amănunţit al acestei tehnici şi se va repeta manevra de mai multe ori până ce bolnavul şi-a

Scanned with OKEN Scanner

însuşit-o. Trebuie subliniată observaţia lui Bassi (6), care arată că după şedinţe repetate de instructaj abia 25-30% din bolnavi îşi însuşesc perfect tehnica.

Se vor respecta următoarele reguli:

- aplicarea feşilor se face întotdeauna cu gamba la orizontală sau uşor ridicată;
- se pleacă cu rularea feşilor începând de la rădăcina degetelor;
- fiecare tură va acoperi jumătate sau 2/3 din tura anterioară;
- când tot piciorul a fost înfăşat se trece tura în jurul gleznei deasupra maleolei şi în spatele călcâiului;
- după efectuarea a două ture la nivelul gleznei se trece iar la picior efectuând o tură în 8 (Figura 34);
- se trece apoi din nou la gambă, efectuând ture lent ascendente, ce urcă cu 30% din lăţimea feşei;
- când se ajunge sub articulaţia genunchiului se fixează faşa (după ce s-au efectuat două ture suprapuse) cu ajutorul unei agrafe;
- în cazul edemelor mari şi gambelor infiltrate se întoarce faşa şi se rulează în jos, ajungând la nivelul gleznei, unde se fixează cu ajutorul agrafei sau al unui "ac de siguranţă" (în această situaţie se foloseşte,de regulă, două feşi elastice).

Aplicarea obişnuită a feşilor elastice

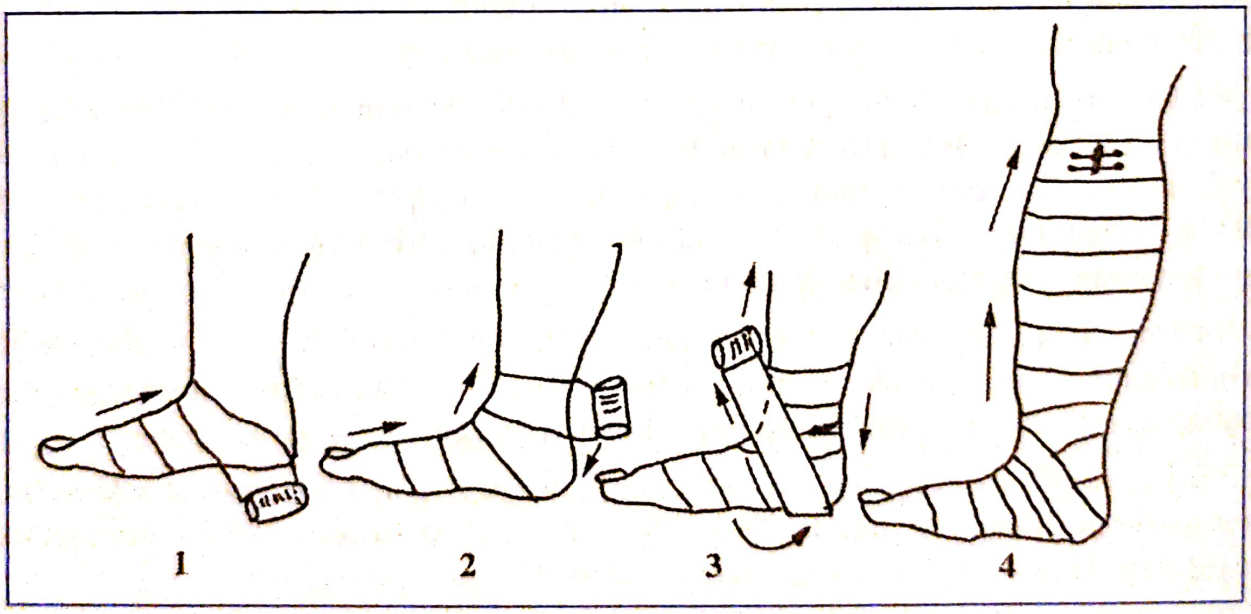


Figura 34. 1. Se rulează de la degete până la articulaţia tibio-tarsiană, 2. Se ridică la gleznă, unde se trag două ture, 3. Se coboară la picior făcând o tură în „cruce", 4. Se revine la gambă şi se rulează faşa până sub genunchi

În funcţie de forma clinică a insuficienţei venoase, stadiul ei evolutiv şi localizarea leziunilor cutanate există 4 modalităţi de contenţie elastică (Figura 35):

- aplicare pornind de la degete şi mergând până la genunchi; se aplică în varice simple interesând ambele safene;

Scanned with OKEN Scanner

- aplicare plecând de la degete, urcând până la genunchi şi coborând până la gleznă; se aplică în varicele decompensate cu mare insuficienţă venoasă;

- aplicarea de la gleznă coborând la picior şi urcând până la genunchi după care se coboară la gleznă; se aplică în marea insuficienţă venoasă postflebitică;

- aplicarea pornind de la gleznă şi coborând la picior şi invers; se aplică în caz de perforante izolate, situate la gleznă sau picior.

Modalităţi de aplicare a feşilor elastice în funcţie de forma clinică a insuficienţei venoase

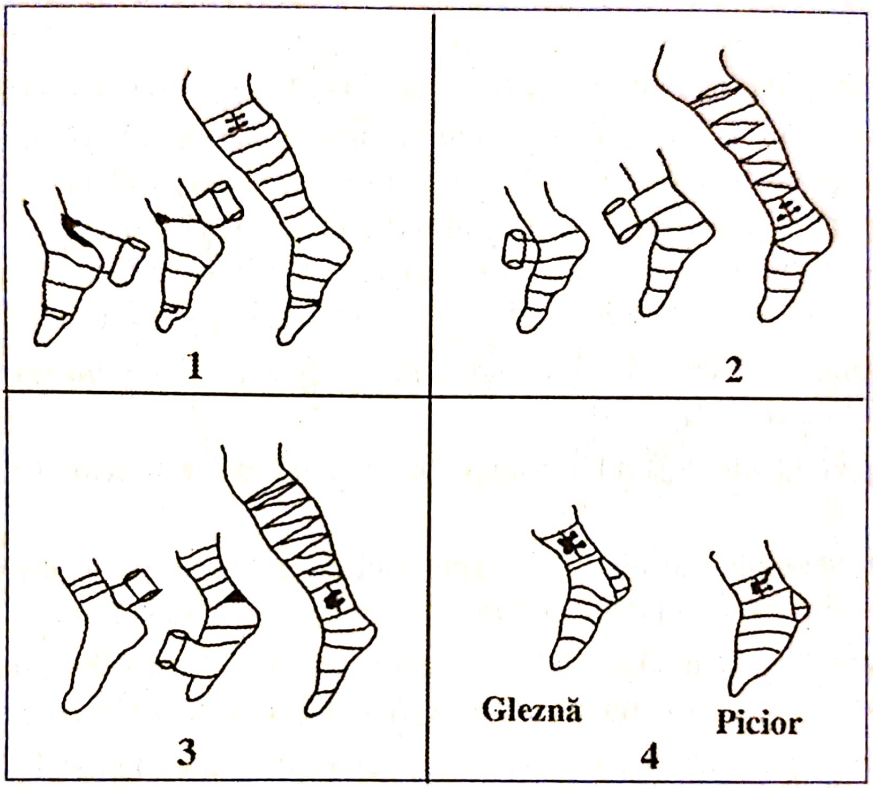


Figura 35. 1. Aplicarea pornind de la vârful piciorului şi mergând până sub genunchi, 2. Aplicarea de la vârful piciorului, urcat până la genunchi şi coborât până la gleznă, 3. Aplicare pornind de la gleznă, coborât la nivelul piciorului, urcat până la genunchi şi coborât la gleznă, 4. Aplicare de feşi pentru gleznă şi picior

Pentru a rula de la degete până sub articulaţia genunchiului este necesară o faşă lungă de 3,5 m, iar pentru cazul în care se revine la nivelul gleznei sunt necesare feşi lungi de 4-5 m (143). La majoritatea cazurilor sunt necesare feşi late de 8 sau 10 cm.

Aplicarea contenţiei la coapsă se foloseşte mai rar în practică, feşile fiind mai greu de fixat şi greu suportate. Se recomandă în sechelele de flebită înaltă. La aceste cazuri se procedează astfel: la picior şi gambă se aplică feşi puţin extensibile, iar la coapsă feşi cu extensibilitate mare.

- Rularea feşei începând de la gambă: se începe aplicarea din zona supramaleolară, unde se fac 3-4 ture, după care se coboară la picior, unde se fac din nou 3-4 ture. Se

Scanned with OKEN Scanner

revine la gleznă şi se rulează după modelul anterior. Metoda are indicaţii în varicele însoţite de ulcere situate în 1/3 medie a gambei şi în sindroamele postflebitice cu tromboză înaltă (vena femurală sau iliacă). Prin această metodă se exercită cea mai mare compresie în 1/3 medie şi superioară a gambei. Acest procedeu se face cu feşi de extensie mijlocie sau slabă.

- Rularea începând de la degete se face la bolnavii cu varice şi edeme, la gravidele cu edeme mari şi în stările prevaricoase. Se utilizează feşi cu mare capacitate de extindere. Primele ture se aplică de la rădăcina degetelor şi se înaintează lent până la articulaţia tibio-tarsiană. Se trece apoi la gleznă, unde se fac 2-3 ture, se revine "în cruce" la picior, după care se trece la gambă şi se urcă lent până la articulaţia genunchiului.

- *Forţa contenţiei,* necesară pentru a combate staza şi a normaliza circulaţia venoasă variază de la o zonă la alta. La vârful piciorului compresia trebuie să fie moderată (10 mmHg), la jumătatea piciorului trebuie să fie aproape dublă (19 mmHg), în 1/3 inferioară a gambei este necesară cea mai puternică forţă de compresie (47 mmHg), în treimea superioară scade parţial (31 mmHg), în 1/3 inferioară a coapsei se reduce la 19 mmHg, iar la jumătatea coapsei trebuie să fie foarte slabă (10 mmHg).

În aceste condiţii, aplicarea unei contenţii cu adevărat eficiente nu este tocmai uşor de efectuat (22).

- *Alegerea feşilor* trebuie făcută în funcţie de capacitatea lor de compresie şi de cazul clinic.

- Feşi slab extensibile, cu alungire slabă, a căror extensie nu depăşeşte 70%; ele exercită cea mai mare compresie la mers şi au cea mai largă utilizare;
- Feşi cu extensibilitate medie, unde alungirea este între 70 şi 140%, se utilizează în varicele necomplicate, unde nu este nevoie de compresie mare în cursul mersului;
- Feşi cu mare capacitate de extindere, alungirea lor putând depăşi 140% şi care se aplică în formele de varice simple, numai cu tulburări funcţionale.

De regulă benzile elastice se aplică dimineaţa şi se scot seara, în timpul orelor de odihnă gambele rămânând libere.

La varicele simple nu se folosesc benzi adezive, permanente, decât la formele cu edeme mari ce se pregătesc pentru cura chirurgicală.

3. Reductorul de edem are numai indicaţii ocazionale în varicele simple, fiind utilizat în insuficienţa venoasă cronică şi limfedeme. Aparatul are configuraţia gambei şi este format din doi pereţi laterali, dintre care cel extern este inextensibil (metal), iar cel intern elastic. Printr-un dispozitiv se introduce aer sub presiune în camera ermetic închisă. Peretele exterior fiind inextensibil, întreaga presiune se exercită asupra gambei edematiate şi duce la evacuarea edemului. Reducerea edemului se face în şedinţe repetate. Se începe cu şedinţe scurte, de 10-15', cu o compresie de 30-100 mmHg şi se creşte progresiv până la 30-40' şi o compresie de 400 mmHg. Între şedinţe, pentru ca edemul să nu se refacă, se aplică feşi elastice. În 10-14 zile edemele simple sunt resorbite, însă în cazul edemului organizat fibros reducerea durează până la 2 luni. O

Scanned with OKEN Scanner

şedinţă durează până ce bolnavul începe să simtă dureri, parestezii, tensiune locală etc. (Figura 36). În clinici se utilizează aparate complicate de tip "Lymphapress", dar există şi aparate pentru tratament la domiciliu de tip "Varynil".

Reductor de edeme

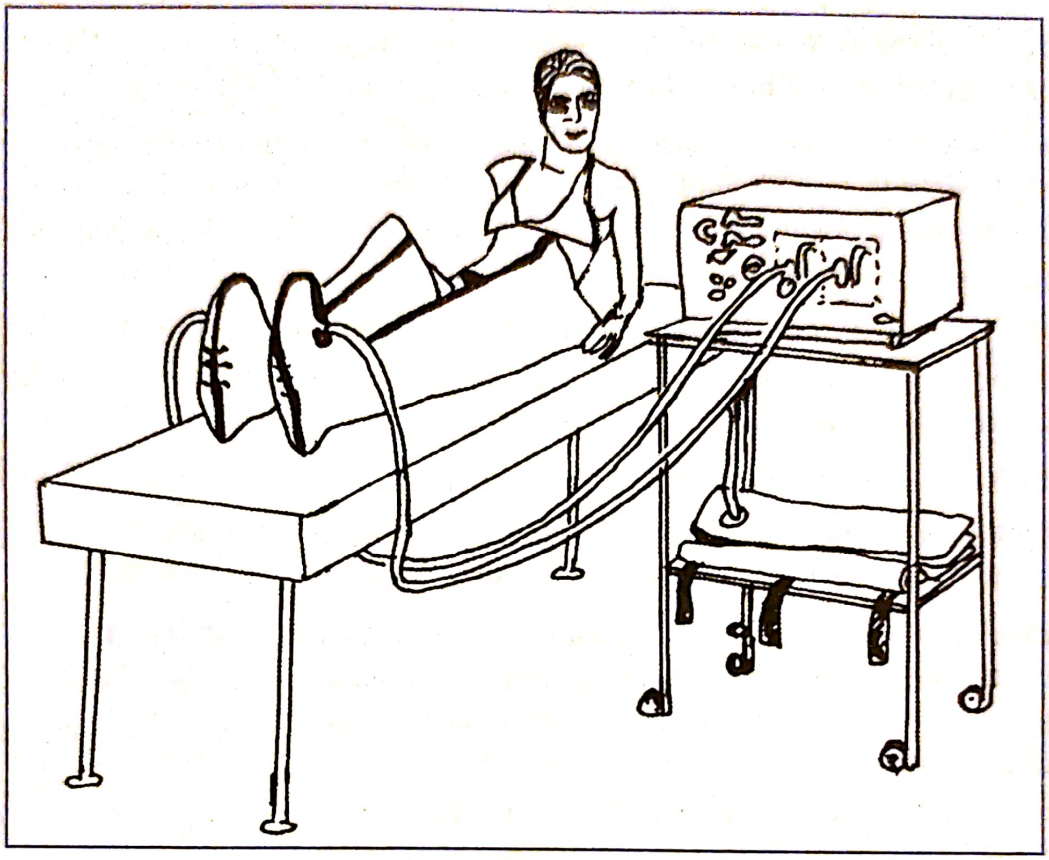


Figura 36.

4. Cizma Unna (colul de zinc) se aplică în prezent numai excepţional. Este un fel de aparat gipsat făcut cu feşi inextensibile înmuiate într-o soluţie cleioasă (oxid de zinc 3 g, gelatină albă 30 g, glicerină 50 g, apă distilată 90 ml). După aplicare feşile se întăresc şi se menţin timp de 2 luni. La mers venele subcutanate sunt "stoarse" între două planuri dure şi edemul se resoarbe. Metoda se utilizează în varicele cu edeme mari înainte de operaţie şi în ulcerul varicos (22).

IV. Tratamentul chirurgical

Indicaţiile curei chirurgicale pentru varicele necomplicate constituie una dintre cele mai discutate probleme în flebologie, în prezent fiind departe de un punct de vedere comun (80).

În general bolnavii solicită tratamentul varicelor pentru următoarele motive:

- probleme de estetică;
- tulburări funcţionale;
- apariţia de edeme cronice;
- apariţia de tulburări trofice cu mare insuficienţă venoasă.

Scanned with OKEN Scanner

Medicul solicitat după examinarea atentă a bolnavului constată trei situaţii la aceşti bolnavi (80):

- varicele sunt perfect compensate;
- varicele sunt decompensate funcţional;
- varicele sunt decompensate anatomic.

La cazurile cu **varice compensate** intervenţia chirurgicală nu intră în discuţie decât pentru motive estetice şi bolnavul trebuie să fie avizat de acest lucru.

La cazurile cu decompensare funcţională (apariţia de edeme ortostatice, dureri, crampe, parestezii) fără reflux prin venele perforante şi valvulele ostiale ale celor două safene, nu se impune obligatoriu cura chirurgicală, deseori fiind suficiente măsuri de contenţie şi tratamente cu flebotonice.

Pe de altă parte, mai mulţi flebologi subliniază necesitatea curei chirurgicale din faza nedecompensării funcţionale (înainte de instalarea edemelor), numai în această fază rezultatul operaţiei fiind optim şi bolnavul scutit de recidive.

La cazurile cu varice decompensate anatomic după operaţie se aplică contenţie.

În prezent numărul de operaţii pentru varice este considerabil, anual fiind efectuate în Franţa peste 200 000 de intervenţii sau operaţii de varice recidivate.

Dar nu toate varicele se operează. Martinet (79) arată că din 7 000 de bolnavi cu varice care aveau indicaţii chirurgicale numai 28,5% s-au operat, restul fiind rezolvaţi prin metode medicale şi flebologice. După operaţie aproximativ 80% au rezultate bune după un an, dar după 5 ani rezultatele bune se menţin la 25%, iar după 10 ani la 14%. Din această cauză reintervenţiile la varicoşi se fac la majoritatea cazurilor.

În varicele postflebitice recidivele sunt mult mai frecvente: după 3 ani recidivele apar la 30% din cazuri. După Natali (90) în varicele postflebitice rezultatele bune apar numai la 51%, mediocre la 34,5% şi agravări la 14,5% din cazuri.

La cazurile cu decompensare anatomică, cu reflux prin valvulele ostiale şi cu instalarea "lungului şi scurtului circuit", cura chirurgicală este obligatorie, dar, aşa cum subliniază unii autori, deja e prea târziu şi bolnavii sunt predispuşi la recidive.

a) Indicaţiile categorice ale tratamentului chirurgical la varicoşi

Este în general admis că o serie de forme clinice de varice beneficiază în primul rând de tratament chirurgical (51, 88, 89, 105, 152).

- Varicele mari, insuficienţe ale safenei interne, mai ales cele însoţite de reflux prin valvula ostială, cu circulaţia inversă a fluxului sanguin;
- Varice tubulare ale safenei interne, cu ramuri colaterale dezvoltate, fără reflux prin valvula ostială, dar la care deja s-au instalat tulburări funcţionale sau edeme pasagere;
- Varice ale coapsei formate prin dilataţia venelor accesorii ale safenei interne datorită refluxului prin valvula ostială, cea mai mare parte din safena mare având un aspect normal;

Scanned with OKEN Scanner

- Varice ale obezilor ce apar sub forma unor reţele venoase neregulate, dar la care venele safene decompensate nu sunt vizibile, fiind acoperite de stratul gros de grăsime;

- Varice secundare apărute pe sechelele de tromboflebită profundă şi care au o dispoziţie anarhică, localizarea lor fiind determinată de prezenţa în zonă a unor vene perforante decompensate cu reflux al sângelui din sistemul venos profund în cel superficial.

- Varice posttraumatice, apărute prin formarea de fistule arterio-venoase şi deversarea în forţă a sângelui arterial direct în vene, acestea devenind după un timp varice aflate în tensiune şi având un caracter pulsatil;

- Varice superficiale devenite insuficiente şi apărute pe fondul unei displazii congenitale (absenţa valvulelor venoase);

- Varice reticulare gigante apărute la varicoşi care lucrează în poziţie ortostatică şi care şi-au neglijat vreme îndelungată boala. Ei prezintă pe lângă insuficienţa venelor safene şi multiple perforante masive de reflux, prezenţa acestora explicând reţeaua venoasă dispusă anarhic, topografia varicelor variind de la o persoană la alta;

- Varice care nu răspund la tratamentul sclerozant (106);

- Varice ale sistemului safenei externe, mai ales formele cu venele accesorii mult dilatate, unde este absolut necesară ligatura subaponevrotică a crosei.

b) Indicaţii relative ale tratamentului chirurgical (cazurile respective putând fi rezolvate şi prin scleroterapie)

- Varice postflebitice, în număr redus, formate prin refluxul sângelui venos din profunzime prin una sau mai multe vene perforante incompetente, aceste varice având o dispoziţie complet anarhică;

- Varice ale accesoriilor venei safene, apărute fără ca aceasta să fie decompensată cu valvula ostială incompetentă;

- Angioamele venoase de tip liniar (dacă nu au dimensiuni prea mari);

- Varice aflate la bolnavi cu mare insuficienţă venoasă, cu ulcere cronice care se dovedesc rezistente la tratament şi unde apariţia pe varicele insuficiente poate fi utilă pentru vindecarea ulcerului;

- Varice recidivate după safenectomie (prin neligaturarea crosei safenei interne sau prin existenţa a două vene safene din care nu s-a scos decât una).

În realitate, aşa cum spune un flebolog francez, "orice formă de varice poate să fie operată sau poate să fie sclerozată", totul depinzând direct de experienţa şi tehnica medicului terapeut.

- Varice ale safenei mici, unde insuficienţa valvelor crosei este mai puţin controlată de feşile elastice care se mulează prost pe zona poplitee (161).

- Flebectomia ambulatorie a lui Muller se poate aplica cu succes în cazurile de varice cu indicaţii relative pentru cura chirurgicală. Metoda este din ce în ce mai mult aplicată de către flebologi şi dermatologi, astfel că în unele zone ea este utilizată la 75,2% din varicoşi şi numai la 24,8% se intervine pe varice în clinicile de chirurgie

Scanned with OKEN Scanner

vasculară (161). Sunt autori ce susţin că se exagerează cu această metodă, la fel cum s-a exagerat şi cu scleroterapia. Se recunoaşte că flebectomia ambulatorie dă rezultate mai buje decât sclerozarea imediat după tratament. 94% din cazuri au rezultate bune, la doi ani rezultatele se păstrează la 91%, la 4 ani la 86%, iar la 5 ani la 84% (161), situaţie incomparabil mai bună decât cea de după sclerozări unde, de regulă, la 4 ani este necesară reintervenţia.

După Suchy şi Reck (128), în etapa actuală aproximativ 61% din varice beneficiază de tehnici chirurgicale, restul de 39% putând fi rezolvate prin metoda sclerozării.

Alţi autori împart varicele în două categorii mari (74, 77):

- varice chirurgicale, unde intră varicele safenei interne şi externe (precum şi asocierea insuficienţei celor două safene), cu incontinenţa ostială şi varicele secundare unor perforante incontinente;

- varice pentru scleroterapie, unde intră: varicele reticulare, varice ale ramurilor accesorii ale celor două safene, varicele decompensate din sindromul postflebitic etc.

După aceşti autori, situaţia indicaţiilor terapeutice ale varicelor este foarte mult simplificată prin recunoaşterea faptului că insuficienţele celor două safene sunt mult mai bine rezolvate pe cale chirurgicală. Asta nu însemnă că nu se poate interveni chirurgical şi în celelalte forme de varice (metodele chirurgicale au în ultimele decenii din ce în ce mai multe indicaţii şi în varicele postflebitice). Este obligatorie însă respectarea unei reguli elementare: nu se aplică metoda sclerozantă în cazul aşa-ziselor "varice chirurgicale" şi nu se intervine operator pe varice mici sau pe varice izolate. Pentru a înlătura unele confuzii ale indicaţiilor chirurgicale, Da Silva (31) susţine ca varicele membrelor inferioare să fie împărţite în două mari categorii:

- varice adevărate sau varicele chirurgicale, care prezintă două subgrupe: forma uşoară (compensată) şi forma gravă (decompensată sau cu leziuni trofice), acestea necesitând cura chirurgicală;

- varicozităţi sau dezordini ale circulaţiei venoase, forme care nu dau aproape niciodată marea insuficienţă venoasă şi care se pot rezolva prin metode sclerozante.

După aceşti autori din prima categorie ar face parte 35% dintre varicele membrelor inferioare, iar din categoria a doua 65% din cazuri.

După Van der Stricht (127) este foarte utilă, pentru indicaţiile terapeutice ale bolii varicoase, următoarea clasificare:

- varice de tip I - varicozităţi superficiale şi varice intradermice;

- varice de tip II - varice dezvoltate în afara axei celor două safene (varice extraaxiale);

- varice de tip III - varice dependente direct de safena internă, aceasta fiind dilatată şi insuficientă (varice axiale);

- varice de tip IV - dependente de safena mică, aceasta fiind decompensată.

Tipul I şi II se sclerozează, tipul III se sclerozează în 75% din cazuri, tipul IV se operează. În varicele de categoria I unii autori efectuează "flebectomia ambulatorie"

Scanned with OKEN Scanner

prin care sunt abordate mici vene perforante ce aruncă sânge la periferie, producând venectaziile intradermice şi telangiectaziile. Tot prin această metodă se interceptează şi se secţionează "venele nutritive" ale "labelor de gâscă". După secţionare se aplică o contenţie elastică externă timp de 2-3 săptămâni. Se face un punct de anestezie locală şi se efectuează o incizie punctiformă. Se disecă vena, după care este interceptată şi secţionată. Rezultatele sunt excelente, dar la 8-10% din cazuri este necesară microscleroza venelor restante.

Nu vom intra în discuţie privind tehnicile operatorii care trebuie aplicate la diferitele forme de varice (problema aparţinând chirurgiei), dar considerăm utilă prezentarea rezultatelor acestor intervenţii.

c) Rezultatele tratamentului chirurgical

Toţi flebologii recunosc faptul că metodele chirurgicale constituie principala cale de rezolvare a marii insuficienţe venoase. Cu cât bolnavul se operează mai devreme, cu atât rezultatele sunt mai bune. Martinet (79), pe un lot de 1691 bolnavi operaţi pentru varice simple obţine rezultate imediate foarte bune la 85%, bune la 11% şi negative la 4% din cazuri. Trebuie avut în vedere că indiferent de metoda aplicată varicele au tendinţă la recidivă, acestea fiind întâlnite la 7-20% din cazuri. S-a observat că recidivele sunt mai frecvente la cazurile unde se intervine tardiv, în faza de decompensare a varicelor. După Natali (90), care ţine seama în aprecierea rezultatelor şi de stadiul în care se găseau varicele în momentul operaţiei, se obţin următoarele rezultate:

- varice compensate: din 856 cazuri rezultate bune la 821, mijlocii la 21 şi rele la 4;

- varice complicate: din 780 cazuri rezultate bune la 702 cazuri, mijlocii la 60 şi rele la 18;

- varice postflebitice: din 264 operaţii rezultate bune la 135 cazuri, mijlocii la 91 cazuri şi rele la 38.

O statistică românească, făcută de I. Pop D. Popa (100) arată că metodele chirurgicale în varicele simple dau rezultate bune la 89,22% cazuri, rezultate medii la 9,6% şi rele la 1,12%. În varicele postflebitice apar recidive la majoritatea cazurilor.

• *Operaţii moderne* necesare în anumite forme de varice pentru a evita recidivele:

- în varicele decompensate ale venei safene externe (safena mică) este necesară ligatura subaponevrotică a crosei safene, la punctul de vărsare în vena poplitee (Figura 37), dacă se ligaturează superficial, ramurile ei ce pleacă din profunzime, rămân libere şi favorizează recidivele (161);

- în varicele apărute în sindromul postflebitic, cu vene perforante insuficiente nu este suficientă rezecarea varicelor superficiale, ci se impune ligatura perforantelor în profunzime, sub aponevroza superficială (Figura 38);

- în tromboza venoasă profundă cu sindrom de obliterare persistentă se poate efectua un by-pass compensator utilizând ramuri ale venei safene interne (Figura 39);

- în sechelele de flebită profundă, cu lezarea valvulelor venoase şi instalarea unor tulburări ale circulaţiei de întoarcere se poate efectua valvuloplastie (Figura 40).

Scanned with OKEN Scanner

Ligatura ostială a venei safene externe (obligatorie în rezecţia acestei vene)

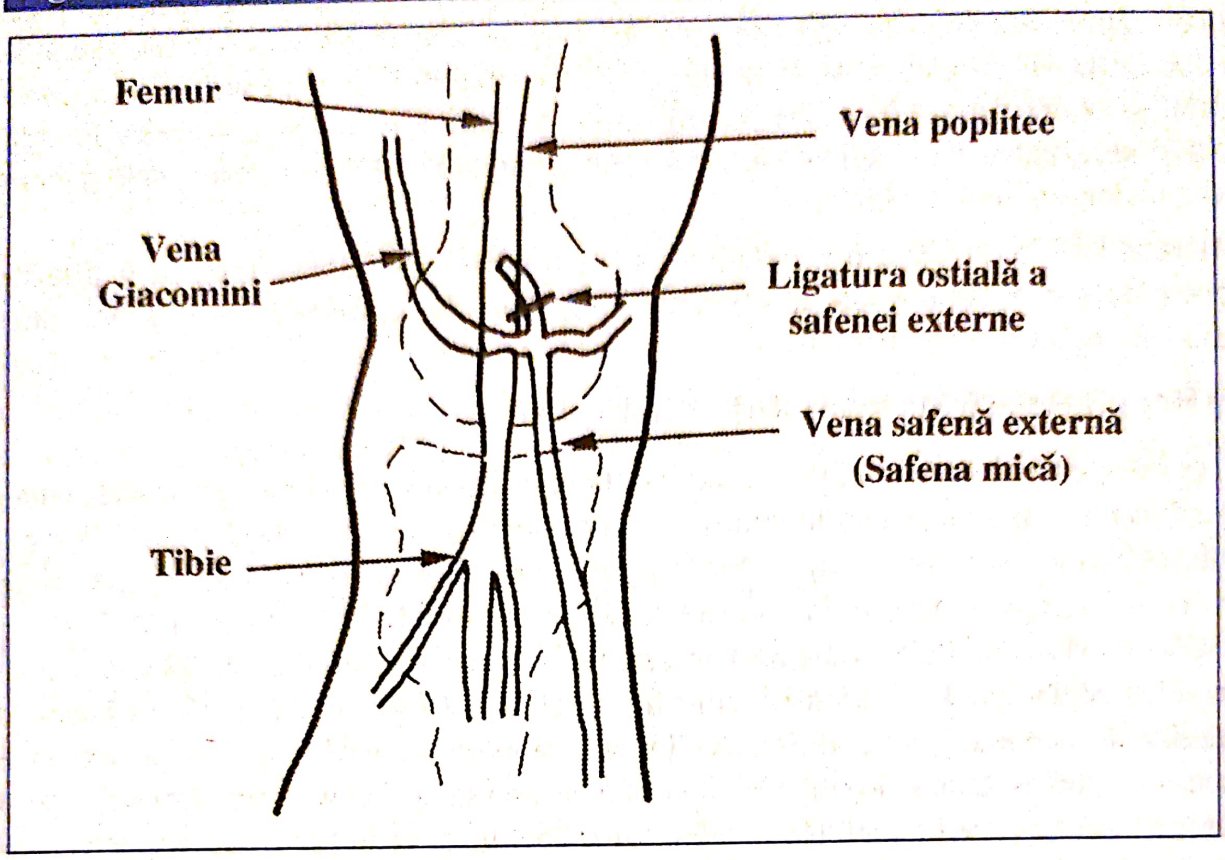


Figura 37.

Ligatura subaponevrotică a perforantelor de reflux

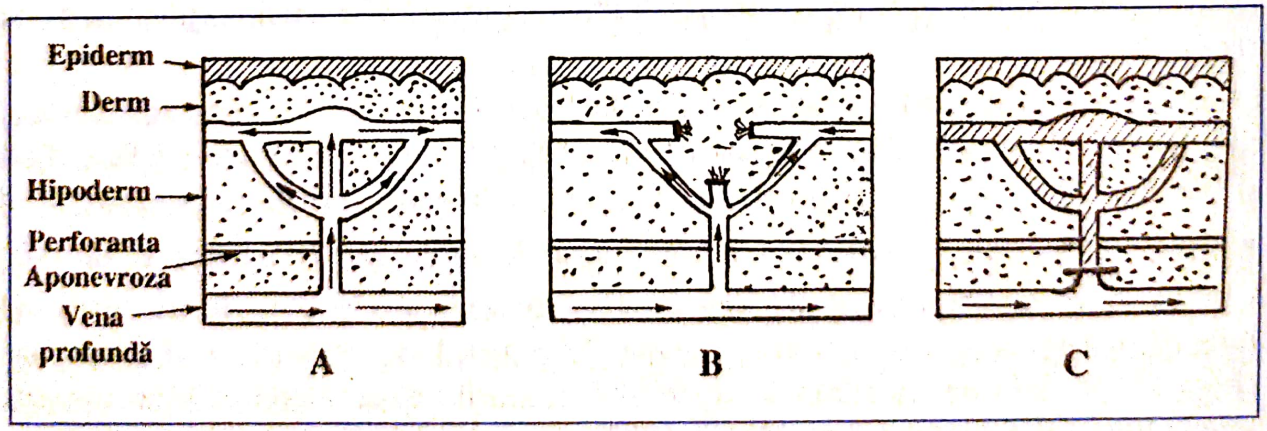


Figura 38. A. Perforaţie de reflux cu varice aferente, B. Ligaturi superficiale puţin eficace (supraaponevrotice), C. Ligaturi eficace (subaponevrotice)

După Mangioli (77) cele mai dificile intervenţii pe varice sunt cele din sindromul postflebitic, la aceste cazuri fiind necesare mai multe intervenţii, aplicarea lor având indicaţii de la caz la caz:

- întreruperea venei femurale superficiale, după tehnica Linton şi Hardy;
- ligatura venei poplitee după tehnica Bauer;

Scanned with OKEN Scanner

- ligatura venelor perforante subcutanate sau subaponevrotic după tehnicile Linton, Hardy, Dodd-Cockett, Shermann etc. (53, 67, 100);

- rezecţia venelor tibială posterioară sau peronieră, după tehnica Degni;

- tehnica Mangioli: ligatura subaponevrotică a venelor perforante cu păstrarea ramurilor musculare ale acestor vene (77).

Această ultimă metodă a dat rezultate satisfăcătoare la 196 cazuri din 254 operaţii făcute pentru sechele de flebită.

By-pass venos prin intermediul safenei interne în tromboza venoasă profundă (se reia circulaţia de întoarcere)

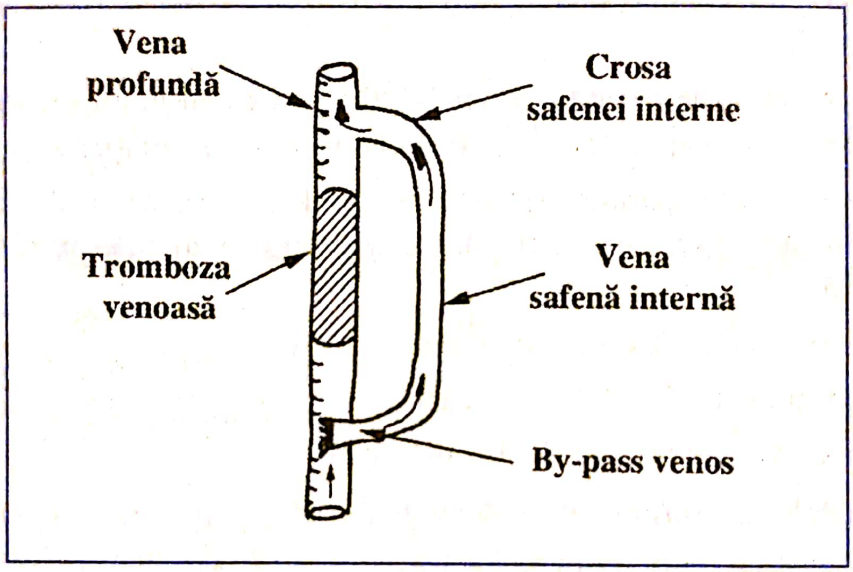


Figura 39.

Valvuloplastia în sechelele postflebitice (se redau funcţiile valvulare)

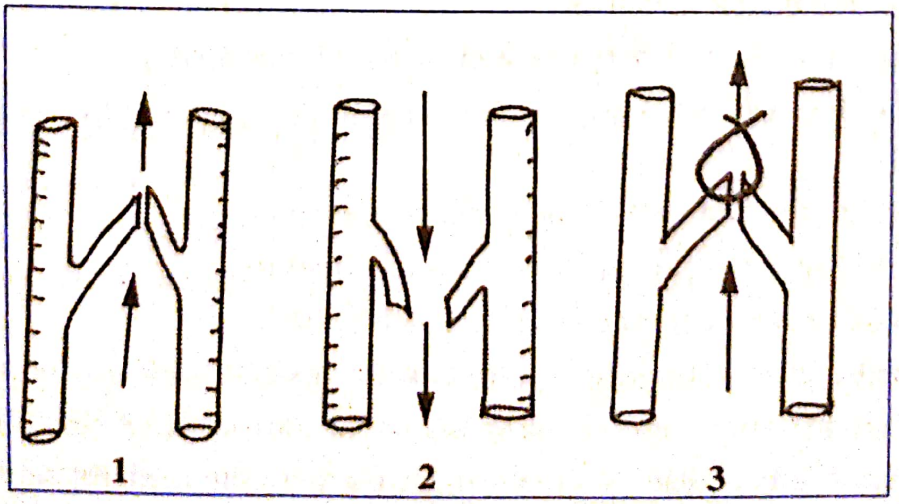


Figura 40. 1. Valvule venoase normale, 2. Valvule deterioarate de procesul flebitic, 3. Valvuloplastie

Scanned with OKEN Scanner

În aprecierea rezultatelor trebuie ţinut seama şi de venele operate. Astfel, după Thiery (131, 132, 135) recidivele apar mult mai frecvent după intervenţiile pe safena mică decât după cele efectuate pe safena mare. Astfel, dacă pe safena mică se intervine în 18,9% din cazurile operate pe varice, 24% din recidive apar pe sistemul safenei mici.

Principalul criteriu de apreciere a rezultatelor tratamentului chirurgical este însă după Hobbs (61) timpul, deoarece deseori rezultatele excelente obţinute imediat după operaţie se deteriorează în decurs de câţiva ani. Urmărind timp de 10 ani un lot de bolnavi operaţi constată următoarele: la un an de la operaţie se menţineau la 59% rezultate excelente, la 35% bune, la 5% satisfăcătoare şi la 1% rele. După 5 ani, numai 25% mai păstrau rezultate excelente, 48% bune, 25% satisfăcătoare şi 2% rele. La 10 ani rezultatele excelente erau constatate doar la 14%, cele bune la 52%, satisfăcătoare la 27% şi rele la 7%.

În general se recunoaşte că după 5 ani la 50% din cazurile cu rezultate bune apar recidive. În ţările avansate între 20 şi 40% din recidive se reoperează (78 bis).

Se admite că recidivele apărute în primii trei ani de la operaţie se datorează intervenţiei incomplete sau greşite, pe când cele ce apar după 3 ani sunt produse de evoluţia naturală a bolii.

După Weber recidivele sunt localizate astfel (153):

- la nivelul safenei mari la 21,3% din cazuri;
- la nivelul venei safene mici la 16,4% din cazuri;
- la nivelul venelor perforante ale gambei la 28,7%;
- la nivelul perforantelor coapsei la 15,3%.

Cauzele recidivelor sunt multiple şi ţin de: factori de teren ce au acţionat înainte de operaţie, factori postoperatori, tehnica chirurgicală, stadiul evolutiv al varicelor operate (56).

• *Factorii de teren* sunt numeroşi:

- prezenţa de varice la părinţi (şansele de recidivă sunt mari);
- consum de hormoni estro-progestativi înainte de operaţie (care reduc frecvenţa recidivelor);
- prezenţa piciorului plat (creşte incidenţa recidivelor);
- surplusul ponderal (creşte mult frecvenţa recidivelor);
- ortostatismul prelungit (creşte incidenţa recidivelor);
- practicarea de sporturi (reduce frecvenţa recidivelor);
- data apariţiei primelor varice (la cele apărute în adolescenţă recidivele cresc);
- prezenţa unor vene dilatate în jurul crosei safene (creşte numărul de recidive).

• *Factori care intervin după operaţie:*

- aplicarea contenţiei elastice (reduce semnificativ recidivele);

Scanned with OKEN Scanner

- creşterea în greutate după intervenţie (creşte numărul de recidive);
- exerciţiile fizice, sportul, mersul pe jos (scad frecvenţa recidivelor);
- sarcina după operaţie, agravează evoluţia bolii;
- oprirea unor activităţi sportive exercitate înainte de operaţie (creşte frecvenţa recidivelor).

Este înţeles de la sine că recidivele ţin nu numai de felul intervenţiei chirurgicale, cât mai ales de măsurile preventive luate după operaţie. Să nu se uite că varicoza este o boală cu evoluţie continuă unde orice act terapeutic trebuie să fie urmat de o serie de măsuri preventive. După cura chirurgicală bolnavii trebuie să poarte ciorapi de varice sau feşi elastice (în special acolo unde apar edeme vesperale), să facă tratamente cu flebotonice, să evite ortostatismul static prelungit, eforturile fizice mari, obezitatea şi ortostatismul (9).

Complicaţiile tratamentului chirurgical trebuie să fie bine cunoscute având în vedere că un număr mare de bolnavi refuză intervenţia de teama acestor accidente intra- şi postoperatorii.

În literatura de specialitate au fost semnalate următoarele incidente şi complicaţii:

- Hematoame şi ocluzie, apărute după Martinet (79) la 15-30% din cazuri, dar care se rezolvă relativ repede fără sechele;
- Hemoragii ale zonelor incizate, apărute la 10% din cazuri rezolvate fără nici un fel de urmări;
- Infecţii ale gambei operate întâlnite după Martinet (79) la 2,5% din cazuri, după Natali (90) la 2,9%, frecvenţa lor fiind mai mare la cazurile unde varicele sunt asociate cu tulburări trofice cutanate;
- Embolii pulmonare, a căror frecvenţă este apreciată de Natali (90) la 1,1% din cazuri, iar de Martinet (79) la 2,1%, complicaţie gravă a cărei prevenire trebuie să preocupe pe orice chirurg care operează varice;
- Tromboflebite profunde (situate la nivelul gambei operate sau contralateral) cu o frecvenţă apreciată de Martinet (79) la 1% din cazuri, aceasta constituind o complicaţie gravă care lasă sechele pentru întreaga viaţă;
- Secţionarea canalelor limfatice în cursul operaţiei; acestea merg paralel cu venele safene, iar în cursul operaţiei, când se fac inciziile pentru smulgerea safenelor se secţionează şi canalele limfatice. În felul acesta se pot instala limfedeme postoperatorii;
- Limforeea rebelă cu formare de fistule limfatice, este întâlnită, după Martinet (79), la 1% din cazurile operate;
- Nevrite postoperatorii, deseori persistente şi chinuitoare, se întâlnesc foarte rar, frecvenţa lor fiind apreciată de Martinet (79) la 0,8% din cazuri, dar după alţi autori la 1-5% din cazuri;
- Recidivele postoperatorii apar în general la 10 până la 50% din cazuri;

Scanned with OKEN Scanner

- Alte complicaţii de importanţă minoră: edeme pasagere, întârzieri în cicatrizare, ectazii venoase postoperatorii etc.

Punerea la punct a unor tehnici chirurgicale superioare şi luarea unor măsuri preventive eficiente în ultimul timp a făcut să se reducă considerabil frecvenţa acestor complicaţii, rezultatele curei chirurgicale a varicelor fiind din ce în ce mai bune.

• *Îngrijirea bolnavului operat de varice* (102)

În lumea flebologilor circulă sloganul "varicele constituie o boală cu evoluţie continuă şi agravare progresivă". Actul operator nu este în realitate decât o etapă în combaterea acestei boli, iar după operaţie bolnavul trebuie să primească în continuare asistenţă medicală.

- Contenţia elastică externă trebuie să se aplice din primele zile după operaţie (la 24-48 de ore).

- Mersul pe jos începe din a doua zi şi la sfârşitul primei săptămâni bolnavul trebuie să meargă câteva ore pe zi.

- Cura de flebotonice, timp de 10-14 zile după operaţie, ajută mult la evitarea trombozelor venoase şi a edemelor postoperatorii.

- Sclerozarea varicelor restante în primele săptămâni după operaţie pentru a preveni recidivele varicozei.

V. Tratamentul sclerozant (scleroterapia varicelor)

Este o metodă controversată, cu o largă răspândire în unele ţări, pe când pe alte meleaguri abia este cunoscută. Recomandat drept metodă prin care pot fi rezolvate majoritatea varicelor după unii autori, este considerată de alţii drept o metodă periculoasă când este efectuată de nespecialişti, ducând la rezultate dezastruoase. Utilizată pe scară largă în unele ţări, hulită şi desconsiderată în altele, scleroterapia rămâne totuşi una din metodele de tratament al varicelor. Ca în toate situaţiile asemănătoare, adevărul pare să fie undeva pe la jumătatea drumului, în ultimele decenii metoda sclerozantă stabilindu-şi indicaţiile ei, relativ bine delimitate, şi dovedindu-se utilă pentru aceşti bolnavi dacă este efectuată de persoane bine instruite, care cunosc bine indicaţiile şi tehnica modernă. Wallois (151) subliniază faptul că metoda a fost compromisă o vreme datorită aplicării ei de persoane neinstruite, care nu respectă regulile elementare ale metodei, făcând deseori greşeli grosolane. Azi metoda este recunoscută drept utilă dacă este aplicată de specialişti, având indicaţiile bine stabilite, tehnicile puse la punct, iar rezultatele favorabile sunt demne de luat în seamă. În ultimele decenii s-a stabilit mai bine rolul acestei metode în flebologie şi tehnica a căpătat noi dimensiuni datorită (30):

- utilizării de noi substanţe sclerozante care nu sunt dureroase la injectare, nu sunt sensibilizante, nu dau necroze dacă se injectează paravenos şi dau rezultate excelente;

- explorării bolnavilor înainte de sclerozări prin eco-Doppler pentru a stabili starea sistemului venos al membrelor inferioare, care sunt venele insuficiente care trebuie să fie sclerozate;

Scanned with OKEN Scanner

- aplicarea contenţiei elastice după sclerozări, care a îmbunătăţit mult rezultatele acestei metode;

- punerea la punct a unor tehnici de sclerozare a perforantelor, care a dus la obţinerea unor rezultate superioare şi la reducerea recidivelor;

- combinarea tratamentului chirurgical cu scleroterapia, care a dus la ameliorarea rezultatelor ambelor metode;

- utilizarea unor metode moderne, cum este scleroterapia venelor intradermice cu ajutorul laserului.

Desigur, rezultatele favorabile sunt strâns legate de respectarea indicaţiilor şi de selecţionarea corectă a varicelor pentru sclerozat.

a) Indicaţiile scleroterapiei

Sunt rezumate de unii autori în mod laconic: "se sclerozează varicele care nu au indicaţii chirurgicale", iar de alţii prin afirmaţia "orice varice se pot opera sau se pot scleroza."

Pentru a putea selecţiona corect varicele ce beneficiază de scleroterapie, se impune un examen atent al bolnavului după cum urmează (22):

- examenul cu bolnavul culcat, urmărindu-se traiectul venelor anormale prin inspecţia zonei afectate, prin palparea venelor superficiale pentru a se stabili consistenţa şi zonele de confluenţă cu marile trunchiuri varicoase;

- examenul în poziţie şezând, când ies mai bine în evidenţă varicele gambei şi se pot stabili mai sigur zonele unde se poate efectua puncţia;

- examenul în poziţie verticală, după aplicarea celor 3 garouri, pentru a controla incontinenţa valvulelor ostiale şi a modului în care circulă sângele în sistemul venos periferic;

- utilizarea şi a altor metode de explorare funcţională în vederea precizării stadiului de decompensare venoasă în care se află bolnavul. Numai după stabilirea exactă a stării anatomice şi funcţionale a sistemului venos periferic şi profund se trece la selecţionarea cazurilor pentru scleroterapie, procesul variind însă de la autor la autor în funcţie de experienţa personală (49).

În ansamblu, vor fi selectate pentru acest tratament (155):

- varice ale venelor accesorii ale celor două safene, cu condiţia ca din punct de vedere anatomic şi funcţional safenele să fie normale;

- varice ale safenei mici, cu condiţia ca diametrul trunchiului principal să nu depăşească 10-15 mm;

- varice reticulare, difuze sau nesistematice de origine postflebitică;

- varice izolate pe sechele de flebită profundă;

- varice "în eşarfă" situate pe faţa anterioară a coapsei;

- varice şi varicozităţi intradermice;

- varice restante după intervenţii chirurgicale;

Scanned with OKEN Scanner

- varice recidivate după cura chirurgicală;

- varice difuze după flebita profundă, cu perforante multiple insuficiente şi unde nu se poate interveni chirurgical;

- varice inestetice ce apar sub forma unor scurte cordoane însoţite frecvent de varicozităţi intradermice şi de tulburări funcţionale;

- varice moderate ce apar ca ramuri ale safenei mici;

- varice recidivate după sclerozări anterioare;

- varice postflebitice asociate cu ulcer varicos ce nu are tendinţa la vindecare şi unde sclerozarea "venei mame" grăbeşte vindecarea ulcerului;

- varice care fac parte dintr-un angiom venos şi care dau semne de decompensare funcţională.

Alegerea sclerozantului, a concentraţiei substanţei, a dozei administrate într-o şedinţă, a ritmului injecţiilor variază în funcţie de experienţa medicului, de mărimea varicelor tratate, de reactivitatea bolnavului la injecţiile anterioare etc.

Reamintim utilitatea unor metode terapeutice adjuvante: utilizarea contenţiei elastice şi a mersului după sclerozare, aplicarea locală de Lasonil, administrarea de câteva aspirine pe zi, aplicarea unor comprese reci la cazurile cu reactivitate prea puternică etc.

b) Substanţele sclerozante

În prezent se utilizează mai frecvent următoarele substanţe (141):

- Aetoxyskleroiul (oxypolyetoxidecan) este o substanţă din familia detergenţilor anionici, care are avantajul că nu este dureroasă la injectare, nu dă sensibilizări şi nu produce necroze atunci când în mod accidental este injectată paravenos. Dă o sclerozare totală, fără reacţii perivenoase. Se găseşte în fiole sau flacoane, în mai multe concentraţii: 0,5%, 1%, 2%, 3% şi 4%. De altfel substanţa este solubilă în apă şi se pot efectua diluţii în ser fiziologic după necesităţi. Este considerat cel mai bun sclerozant din etapa actuală.

- Tetradecylsulfatul de sodiu (Trombovar, Sotradecol) este larg utilizat în mai multe ţări. Se găseşte în soluţii de 1% şi 3%. Prezintă aceleaşi avantaje ca şi aetoxysklerolul. S-au semnalat totuşi unele reacţii alergice, iar local poate da reacţii inflamatorii mai puternice decât alte sclerozante.

- Moruatul de sodiu (Varicocid) este un detergent anionic, intens alcalin, ce se găseşte în fiole de 5% şi de 10%. Nu dă reacţii dureroase în cursul injectării, iar dacă trece paravenos provoacă doar în mod excepţional necroze cutanate. Are dezavantajul că poate da în rare cazuri sensibilizări, iar dacă este injectat în venele mici poate da reacţii inflamatorii perivenoase urmate de infiltraţii dureroase sau pigmentaţii. În prezent este aproape abandonat (141).

- Glicerina cromată 75% (Sleremo) este un sclerozant utilizat pentru venele intradermice şi telangiectazii. Este o soluţie vâscoasă ce se injectează dificil prin acele mici. Se utilizează din ce în ce mai rar, locul ei fiind luat de aetoxysklerol în diluţii mici (141).

Scanned with OKEN Scanner

c) Tehnica sclerozării

Sclerozarea nu înseamnă o simplă injecţie intravenoasă. Pentru a face o sclerozare eficientă trebuie adaptată substanţa sclerozantă la volumul venei: concentraţia ei, cantitatea injectată, viteza de injectare. La vână se mai ţine seama de întinderea venei, grosimea ei, mobilitatea, starea lumenului şi a tegumentului care o acoperă.

Pentru sclerozare este nevoie de: seringi (de unică folosinţă), sclerozant în mai multe concentraţii, comprese sterile, feşi elastice, garou şi trusă de deşocare. Trusa de deşocare trebuie să cuprindă: adrenalină sau norartrinal, hidrocortizon hemisuccinat, antihistaminice injectabile, ser fiziologic steril sau ser glucozat 5% etc. Înainte de injectare se va interoga bolnavul dacă a mai făcut sclerozări, cu ce substanţă a făcut şi dacă a suportat-o bine. Se vor injecta cu prudenţă bolnavii cu antecedente alergice şi mai ales cei care au făcut şocuri la medicamente. Sclerozarea se efectuează în două variante: cu bolnavul culcat şi cu bolnavul aflat în poziţie verticală.

- Metoda cu bolnavul culcat se face la majoritatea cazurilor de varice simple (52). Se ştie că în poziţie orizontală presiunea în venele superficiale scade mult, valvulele perforantelor se închid şi astfel avem certitudinea că substanţa sclerozantă nu va ajunge în venele profunde pe calea perforantelor (Figura 41). În caz de vene foarte dilatate se injectează substanţa cu gamba în poziţie ridicată la 45°, în felul acesta varicele se golesc de sânge şi sclerozarea se obţine cu doze mult mai mici de sclerozant (Figura 42).

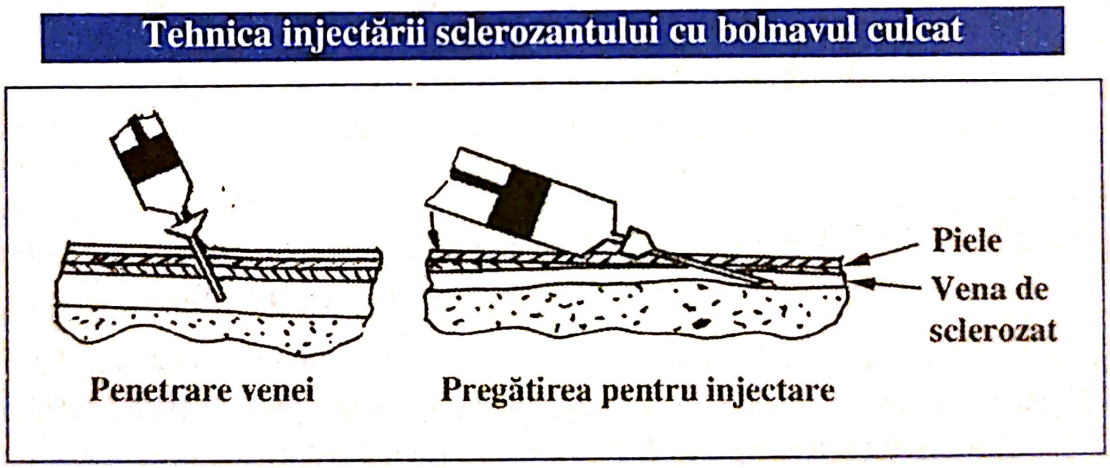


Figura 41. (după Gerson)

- Metoda în poziţie verticală se aplică pentru sclerozarea venelor satelite unor perforante de reflux şi mai ales pentru sclerozarea perforantelor insuficiente. În poziţie verticală presiunea în vene creşte foarte mult. În venele profunde, cuprinse în camerele ermetice ale lojelor musculare, presiunea este mai mare decât în venele periferice şi atunci sângele profund năvăleşte spre periferie. În aceste condiţii sclerozantul nu poate ajunge în reţeaua venoasă profundă şi rămâne în sistemul venos superficial pe care îl sclerozează (150).

d) Metodologia sclerozării

Bolnavul trebuie să aştepte iniţial câteva minute în poziţie verticală pentru ca venele să se congestioneze şi să iasă în relief. Se alege vena ce trebuie sclerozată şi se

Scanned with OKEN Scanner

înseamnă cu creionul dermatograf. După aceea se stabileşte sclerozantul, concentraţia şi cantitatea necesară. Se trece bolnavul în poziţie orizontală, se puncţionează vena şi se injectează câteva picături din substanţă. Dacă nu apare nici un fel de reacţie (durere, tumefacţie locală, prurit, urticarie, stare de sufocare etc.) se injectează rapid restul de substanţă. Trebuie avut în vedere că la prima injecţie se alege o venă mijlocie în care se injectează concentraţia cea mai mică în cantitate de 0,3-0,5 ml (nu mai mult). Se tamponează bine câteva minute, după care zona este strâns pansată. Se urmăreşte reacţia apărută la 24-48 de ore. Trebuie să apară un discret cordon subcutanat, acoperit de un tegument normal, sensibil la palpare. Fenomenele locale dispar după o săptămână, când se face o nouă injecţie. Dacă prima injecţie nu a dat nici o reacţie se creşte concentraţia, dacă reacţia a fost puternică se reduce concentraţia şi cantitatea de sclerozant.

Sclerozarea varicelor în poziţie trendelenburg

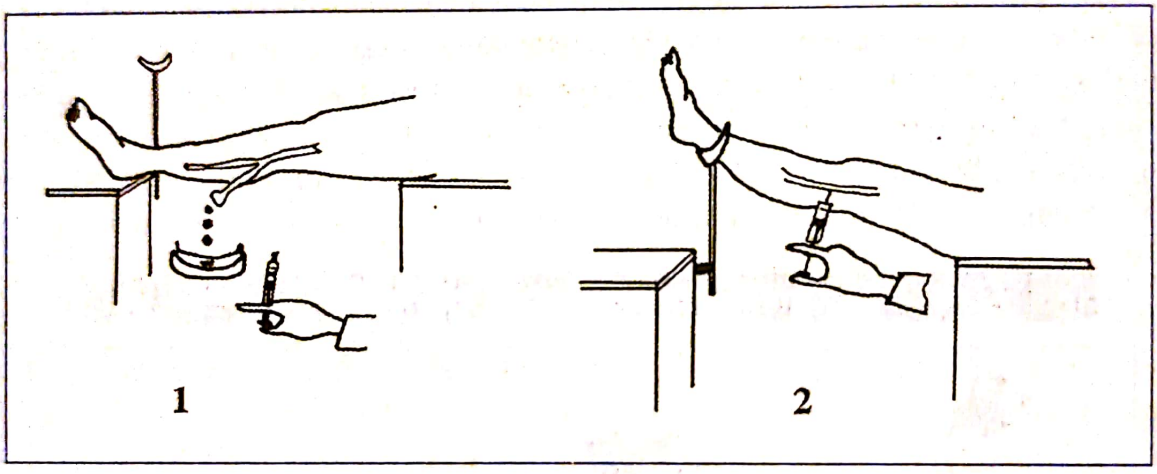


Figura 42 (modificat după SIGG) 1. Punctarea venei în poziţie orizontală, 2. injectarea sclerozantului în poziţie Trendelenburg

Cel mai frecvent se face o şedinţă de sclerozări pe săptămână, la o şedinţă fiind injectate 1-2 vene. Nu se face o nouă injecţie până ce procesul inflamator produs de şedinţa precedentă nu s-a liniştit (141).

e) Particularităţi în sclerozarea unor forme de varice

- Varicele venei safene interne se sclerozează prin trei metode (Figura 43):

✓ metoda Fegan, în care se începe sclerozarea de jos, din 1/3 inferioară a gambei şi se urcă progresiv. Se sclerozează toate venele până în 1/3 superioară a coapsei (nu se fac injecţii în crosa safenei interne). Este tehnica denumită "de jos în sus" sau tehnica irlandeză;

✓ metoda Sigg: începe sclerozarea de jos şi se urcă încet până în zona inghinală sclerozând şi crosa venei safene interne (mai este denumită tehnica elveţiană);

✓ metoda Tournay: se începe cu sclerozarea crosei safene după care se coboară progresiv, ultimele fiind sclerozate venele secundare unor perforante din 1/3 inferioară a gambei. Este tehnica denumită "tehnica de sus în jos" sau tehnica franceză.

Scanned with OKEN Scanner

Schema celor trei metode de scleroterapie în varicele safenei interne

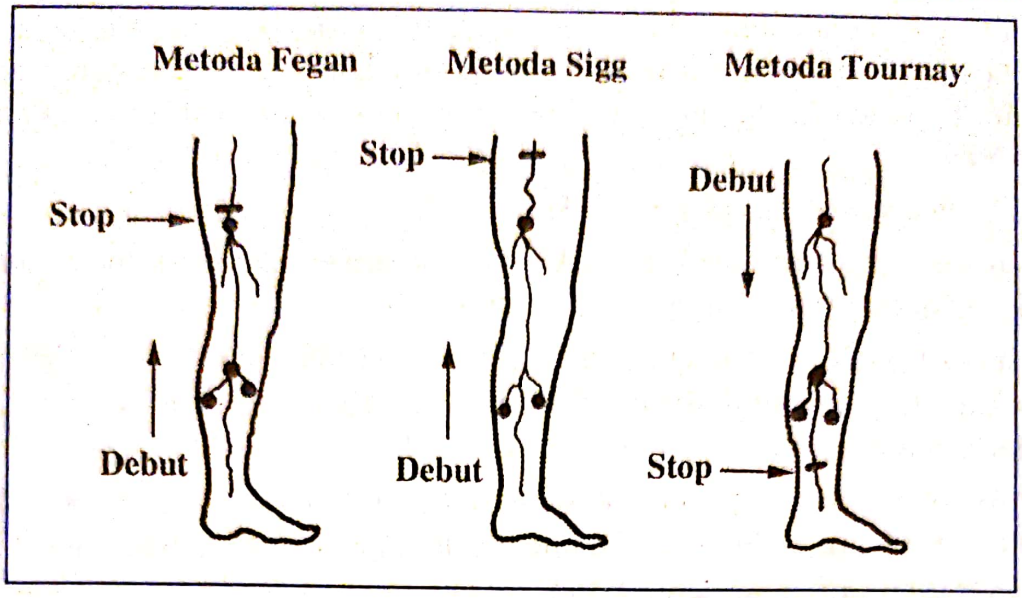


Figura 43.

Este dificil de apreciat care metodă dă cele mai bune rezultate. Totul depinde de alegerea cazurilor şi de tehnica specialistului. Cel mai mult se utilizează în prezent tehnica Fegan. În general se obţin rezultate imediate bune la 75-80% din cazuri şi eşecuri la 18,7%. După 3 ani recidivele apar la 32%, după examenul clinic şi la 48% după examenul eco-Doppler. În prezent sclerozarea safenei este aproape abandonată.

- Sclerozarea venelor dependente de safena mică (161) este frecvent utilizată de unii flebologi. Datorită unor accidente metoda începuse să fie părăsită. Aparişia unor noi metode de sclerozare (eco-scleroterapia sau sclerozarea ghiadtă prin ultrasunete) a diminuat numărul de complicaţii după scleroterapie şi a adus metoda în actualitate.

- Varicele postflebitice nu se sclerozează decât dacă probele clinice pentru circulaţia venoasă sau examenul eco-Doppler evidenţiază decompensarea lor. Safenele şi venele lor accesorii se sclerozează numai în poziţie orizontală, pe când venele secundare unor perforante de reflux se sclerozează în poziţie verticală, utilizând doze mici de sclerozant.

- Toate varicele hidrostatice se sclerozează în poziţie orizontală.

- Venele perforante se sclerozează puncţionând la distanţă vena aferentă, sclerozarea acesteia ducând şi la obliterarea venei perforante.

- Varicele care însoţesc ulcerul varicos nu se sclerozează decât începând de la distanţă de ulcer, se utilizează doze mici de sclerozant, se evită sclerozarea venelor acoperite de un tegument inflamat şi întotdeauna după sclerozare se aplică contenţie elastică externă.

e) Reacţiile în vena sclerozată

În mod normal după injectarea sclerozantului bine ales, în concentraţie şi cantitate adecvate, pe o distanţă de câţiva cm apare după 24-48 de ore un cordon inflamator,

Scanned with OKEN Scanner

sensibil la palpare, reacţia atenuându-se în câteva zile, local rămânând o induraţie păstoasă. Este reacţia normală, de tip endoflebitic (141).

Când reacţia este prea puternică apar reacţii de tip periflebitic, în care pe lângă cordonul venos apare o înroşire a tegumentului, cu edem subcutanat, dureri spontane persistente, fenomenele durând 7-14 zile, după care la locul respectiv rămâne un cordon fibros.

Reacţiile atipice sunt de 5 categorii (141):

- reacţie insuficientă, unde cordonul flebitic nu apare sau este abia schiţat şi unde este nevoie de creşterea concentraţiei sclerozantului;

- reacţii intense sau depăşite, cordonul flebitic fiind mult mai întins, cuprinzând şi venele colaterale şi spaţiul perivenos (este necesară reducerea concentraţiei şi a cantităţii sclerozantului);

- reacţii excesive, cu reacţie perivenoasă sau subcutanată ce se aseamănă cu un flegmon sau cu un pseudohematom şi unde un tratament antiinflamator local şi general duce la dispariţia fenomenelor în câteva zile;

- reacţii prelungite, unde fenomenele locale persistă 2-3 săptămâni şi unde este necesar tratament antiinflamator;

- reacţii la distanţă sau eratice, când reacţia venoasă apare la distanţă de locul injectat (se datorează formării unor cuduri venoase în care sclerozantul a staţionat mai mult).

Toate aceste reacţii sunt benigne şi se întâlnesc frecvent, ele putând fi evitate prin dozarea exactă a sclerozantului.

g) Reacţiile adverse (accidentele şi incidentele scleroterapiei)

Scleroterapia se poate însoţi de reacţii neplăcute, unele destul de grave, chiar mortale. Dintre acestea citãm (141):

- Reacţiile alergice de tip: urticarie generalizată, eriteme cutanate, eritem polimorf, crize astmatice, edem Quincke, şoc anafilactic. Noile sclerozante dau foarte rar astfel de reacţii, dar apariţia lor nu poate fi exclusă. De aceea sclerozarea varicelor nu se face decât cu trusa de deşocare la îndemână. Mulţi flebologi refuză să sclerozeze persoanele atopice, cele cu reacţii adverse la medicamente şi mai ales pe cele cu şocuri anafilactice în antecedente.

- Injectarea intraarterială a sclerozantului este un accident rar, dar destul de grav. Apar dureri mari chiar în timpul injectării, după care se instalează coloraţia violacee a membrului respectiv (cu aspect livedoid), spasme arteriale şi sindrom de ischemie acută localizat la membrul respectiv. deseori evoluţia este către o arteriopatie obliterantă.

- Flebita ascendentă, care se instalează în caz de sclerozare a safenei şi unde după sclerozare se instalează un proces flebitic în vena respectivă şi care are tendinţa de a urca progresiv până la crosa safenei interne.

- Tromboza intravaricoasă apare în caz de sclerozare a varicelor mari cu, dilataţii ampulare. Apare un fenomen trombotic local cu o simptomatologie cu totul asemă-

Scanned with OKEN Scanner

nătoare cu cea din tromboflebita varicoasă. Necesită tratament cu antiinflamatorii şi uneori trombotomie.

- Tromboza venoasă profundă este unul din cele mai grave accidente ale sclerotera-piei. Apare atunci când se injectează cantitate mare de sclerozant la bolnavi cu perfo-rante incompetente. Din această cauză se evită injectarea de concentraţii crescute sau de cantităţi mari de sclerozant în preajma perforantelor insuficiente.

- Hematomul subcutanat apare relativ frecvent, sângele ieşind din venă prin orificiul făcut de acul prin care s-a injectat sclerozantul. Accidentul se produce atunci când imediat după sclerozare nu s-a tamponat corect zona şi nu s-a aplicat pansament com-presiv. Local apare o tumefacţie dureroasă care în câteva zile se înroşeşte, după care apare coloraţia violacee specifică hematomului.

- Edemul piciorului apare după sclerozări ale venelor situate în zonele tarsiene. În această situaţie dacă se injectează cantitate mare de sclerozant, aceasta pătrunde prin perforante şi afectează venele profunde ale piciorului, cu flebită şi edem consecutiv.

- Pigmentaţiile reziduale se întâlnesc mai frecvent după unele sclerozante (salicilaţi, săruri de iod) care dau reacţii violente cu fenomene periflebitice şi inflamarea tegumentului. Acest accident poate fi evitat prin dozarea progresivă a sclerozantului şi prin tratarea corectă a reacţiilor periflebitice postsclerozante.

- Embolia pulmonară este foarte rară (1 caz la 200 000 sclerozări). Se datorează unei flebite profunde ignorate şi netratate. Se evită prin injectare de cantităţi mici de sclerozant şi urmărirea atentă a evoluţiei după sclerozare.

h) Metode particulare de sclerozare a varicelor

În practica flebologică se utilizează o serie de metode, care sunt însă aplicate mai rar (au indicaţii speciale).

■ Sclerozarea varicelor într-o singură şedinţă (metoda Grellety-Bosvid). Se aplică la persoanele ce vin de departe şi nu pot urma tratamentul obişnuit (o şedinţă pe săptă-mână). Se începe cu sclerozarea crosei safenei, apoi a trunchiului venei safene interne şi a venelor accesorii ale safenei. După ce toate venele au fost sclerozate se aplică Lasonil pe venele tratate şi se face un pansament compresiv cu benzi adezive. Se ad-ministrează o cură generală de 7-10 zile cu antiinflamatorii nesteroidiene (Figura 44). După 10 zile vine la control. Dacă au mai rămas vene nesclerozate se trece la tratarea lor. Se face tratament corectiv al accidentelor apărute. Bolnavul este instruit să aplice feşi sau ciorapi elastici (141). Această tehnică este în prezent aproape abandonată.

■ Sclerozarea accelerată (metoda Sigg-Lunhoff) constă în efectuarea de mai multe injecţii, cu cantităţi mici de sclerozant, dar cu repetarea lor în fiecare zi până la terminarea tuturor venelor. De regulă sclerozarea se termină în 5-7 zile. Se aplică contenţie elastică şi se face tratament antiinflamator general şi local. Se face control peste 2-3 săptămâni. Este o metodă aplicată din ce în ce mai rar.

■ Metoda "air-block" contă în injectarea sclerozantului amestecat cu aer. S-a consta-tat că aerul injectat goleşte vena de sânge şi atunci contactul venei cu sclerozantul are loc în condiţii mult mai strânse şi rezultatul este superior. Metoda este frecvent utilizată în ultimul timp.

Scanned with OKEN Scanner

Sclerozarea în şedinţă unică a varicelor asociate de ulcer

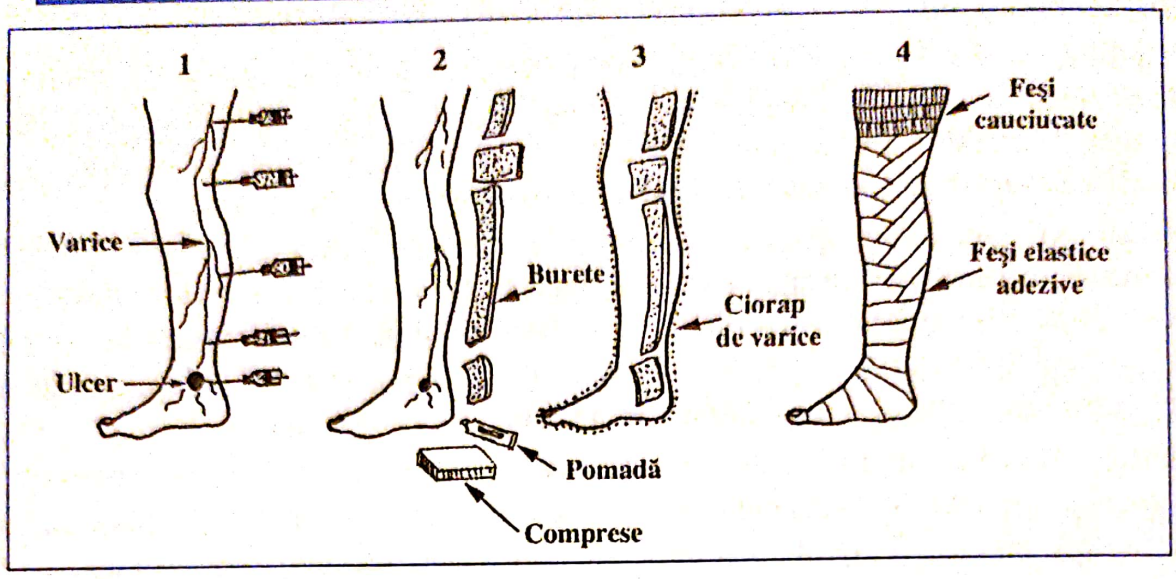


Figura 44.

■ Sclerozarea venelor perforante (Bassi) (6), utilizată în formele avansate de insuficienţă venoasă. Se ştie că fiecare venă perforantă insuficientă sau de reflux dă naştere la una sau mai multe vene aferente. Pentru a scleroza şi a scoate din funcţie vena perforantă se face întotdeauna sclerozarea în vena aferentă, sclerozarea acesteia extinzându-se şi la perforantă (Figura 45). Întotdeauna la aceste cazuri se aplică, îndată după sclerozare, contenţie elastică, aceasta fiind menţinută 4-6 săptămâni, (până la consolidarea sclerozării). Injecţia în vena aferentă se face după Bassi (5) cu bolnavul aflat la orizontală. Dacă vena aferentă este mică şi nu poate fi abordată în poziţie orizontală, atunci bolnavul este aşezat în poziţie verticală, situaţie în care vena aferentă poate fi puncţionată mai uşor. În această situaţie sângele curge prin perforante de la interior către exterior şi puncţia se cere a fi făcută cât mai aproape de vena perforantă, fără nici o teamă deoarece curentul sanguin duce sclerozantul către venele subcutanate (Figura 46).

Circulaţia sângelui prin venele perforante insuficiente din sindromul postflebitic

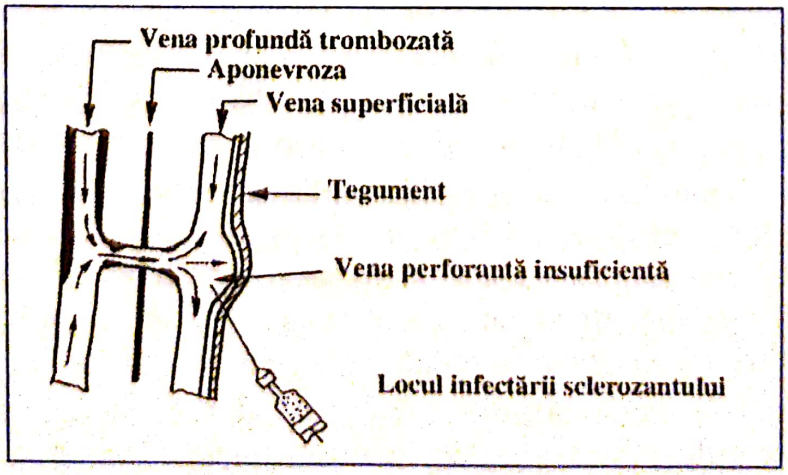


Figura 45.

Scanned with OKEN Scanner

Sclerozarea venei perforante în poziţie verticală când vena perforantă este congestionată

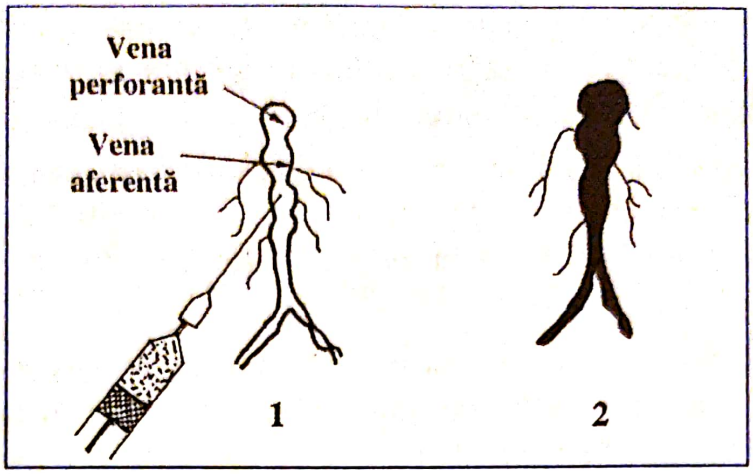


Figura 46. 1. Locul injectării substanţei sclerozante, 2. Tromboza concomitentă a venei aferente şi a perforantei

■ Sclerozarea croselor safene. Mulţi flebologi (141) extind metoda sclerozării şi la venele safene sclerozând chiar crosele acestora (Chatard). Se aplică la bolnavi care refuză cura chirurgicală. Dacă crosa bombează sub piele se injectează 0,5-1 ml sclerozant 3%, de regulă mai multe injecţii la distanţă de 2-3 cm. În cursul infectării se comprimă puternic zona valvulei ostiale, menţinând compresia timp de mai multe minute. Apoi se aplică un pansament compresiv. În următoarele şedinţe se sclerozează şi restul venei safene interne. În prezent metoda este înlocuită cu rezecţia crosei.

i) Rezultate

După Hobbs (61) tratamentul sclerozant dă următoarele rezultate: în primul an după tratament - excelente la 60%, bune la 32%, satisfăcătoare la 7% şi rele la 1%. După 5 ani de la sclerozare rămân numai 7% rezultate excelente, 34% rezultate bune, 36% satisfăcătoare şi 23% rele. După 10 ani rezultate excelente numai la 1%, rezultate bune la 9%, satisfăcătoare la 25% şi rele la 65% din cazuri.

Alte statistici dau date asemănătoare.

De aici reiese principala învăţătură privind rezultatele scleroterapiei: la majoritatea cazurilor rezultatele nu se menţin decât 3-4 ani, după acest interval de timp injecţiile trebuind să fie reluate. După câte se pare metoda are indicaţii mai multe în varicele postflebitice unde metoda chirurgicală nu dă rezultate mult superioare, recidivele apărând cu o frecvenţă asemănătoare cu cea după sclerozări. În aceste condiţii asocierea de sclerozări periodice cu aplicarea contenţiei elastice menţine într-o stare relativ satisfăcătoare majoritatea acestor cazuri.

j) *Sclerozarea varicelor intradermice*

Una dintre problemele principale ale varicozităţilor intradermice care îmbracă cele mai bizare configuraţii este aspectul lor inestetic. Scleroterapia s-a dovedit cea mai eficace metodă de distrugere a acestor varicozităţi.

Scanned with OKEN Scanner

Se ştie că varicozităţile intradermice prezintă două forme clinice:

- varicozităţi dependente de varice, dezvoltându-se ca nişte ramuri ale acestora;

- varicozităţi independente, care nu ţin de varice mari şi care se pot dezvolta în absenţa totală a varicelor, dar care au şi ele în profunzime un trunchi ceva mai dezvoltat ce apare sub forma unor vinişoare albastre subcutanate.

Aceste date au importanţă în privinţa modului de abordare al varicelor intradermice în cursul sclerozării. Varicozităţile dependente de varice pot fi distruse prin injectarea substanţei sclerozante în marile trunchiuri varicoase, micile ramuri terminale fiind şi ele interceptate de sclerozant.

Varicozităţile independente nu pot fi distruse decât prin injectarea sclerozantului în trunchiul profund (venula mamă), de unde acesta difuzează în toate ramificaţiile "labei de gâscă". Cele mai bune rezultate se obţin cu dodecanol (Aetoxisklerol) sol. 0,5%, mai ales dacă produsul se injectează sub formă de spumă.

Cea mai bună rezolvare a varicelor intradermice o dă asocierea sclerozării cu microchirurgia ambulatorie a varicelor (155).

VI. Tratamentul balnear

După cum am arătat, tratamentul balnear în dermatita de stază are puţine indicaţii şi mulţi flebologi se abţin să-l prescrie. Experienţa personală ne-a demonstrat de asemenea că beneficiile acestui tratament în ulcerul varicos şi dermatita de stază rămân modeste, o bună parte dintre cazuri revenind cu diverse complicaţii. Situaţia este cu totul alta în cazul varicelor simple ale membrelor inferioare, neînsoţite de leziuni cutanate, acestea beneficiind foarte mult de crenoterapie.

a) Indicaţiile tratamentului balnear în boala varicoasă (23, 43, 144)

- Varicele membrelor inferioare însoţite de edeme şi tulburări funcţionale;
- Varice cu evoluţie rapidă spre decompensare;
- Varice complicate cu hipodermite cronice având tegumente integre;
- Varice apărute pe sechele de flebită profundă, cu edeme, dureri şi agravare progresivă;
- Insuficienţă venoasă cu ulcere varicoase în antecedente;
- Varice cu mare insuficienţă venoasă care urmează să fie supuse curei chirurgicale (pregătire pentru intervenţie);
- Varice sclerozate unde au mai rămas unele tulburări funcţionale;
- Varice operate unde mai persistă edeme şi dureri (cura balneară postoperatorie).

b) Contraindicaţii

- Varicele decompensate însoţite de ulcere cronice;
- Varicele însoţite de insuficienţă cardiacă, hipertensiune arterială, tuberculoză, coronarite, sechele de infarct miocardic, nefropatii cronice, neoplasme etc.;

Scanned with OKEN Scanner

- Varicele simple, fără edeme sau tulburări funcţionale nu beneficiază de tratament balnear: după Vieville (145) în varicele simple la 82% din cazuri nu se observă nici un beneficiu după cura balneară;

- Marea insuficienţă venoasă, cu hipodermite scleroase şi retractile, unde 57% din cazuri nu au nici un beneficiu după acest tratament (145).

c) Tehnica tratamentului balnear

Cele mai utile ape minerale în insuficienţa venoasă sunt apele carbogazoase slab radioactive. La majoritatea staţiunilor balneare unde se tratează varicele se aplică un tratament complex. Se utilizează astfel: apa minerală, proceduri de hidroterapie, nămoluri, fizioterapie, exerciţii fizice etc. (43).

1. Apele minerale în cura externă sub formă de băi carbogazoase la temperatura de 34-36°, adică la o temperatură indiferentă pentru organism. Aceste băi activează circulaţia periferică prin alternanţe de vaso-constricţie cu vaso-dilataţie. Se produce o constricţie a musculaturii venelor cu accelerarea circulaţiei de întoarcere şi activarea circulaţiei capilare. Nu se fac băi calde, căldura fiind duşmanul venelor. În felul acesta gambele sunt decongestionate, devin suple şi dezinfiltrate, dispărând procesele inflamatorii locale, apa este eliminată din ţesuturi şi creşte diureza (43).

Băile cu ape carbogazoase au şi efecte tonice generale cu stimularea secreţiei glandelor interne (gonado-stimulare), în special a tiroidei şi glandei suprarenale. Bolnavii devin mai activi şi dornici să desfăşoare diferite mişcări prin care se combate sedentarismul.

2. Tehnica băilor în cadă. Baia se face cu apă la 34-36°, bolnavul fiind în poziţie şezând, cu gambele întinse, grosimea stratului de apă deasupra gambelor fiind de 50 cm. Acest strat de apă exercită asupra tegumentelor o presiune de peste 50 g/cm^2, care trebuie să depăşească presiunea venoasă. Presiunea apei din cadă face ca sângele depozitat la nivelul membrelor inferioare să fie evacuat. Durata primei băi este de 30 de minute şi se asociază întotdeauna cu mişcări active sub apă (flexii, extensii, rotaţii, pedalaj), cu masaje sau cu duşuri sub apă îndreptate asupra gambelor varicoase. Dacă tegumentele sunt iritate în apă se poate adăuga amidon (400 g) sau glicerină (300 g), cu acţiune emolientă.

La multe staţiuni pentru a potenţa acţiunea apelor minerale se adaugă în apa din cadă diferite substanţe. După aceste băi se constată următoarele:

- o relaxare musculară la nivelul gambelor şi o uşurare a lor;

- o activare a circulaţiei venulo-capilare, gambele devenind mai suple;

- o accelerare a circulaţiei venoase cu reducerea stazei sângelui în venele periferice.

Sunt de asemenea utile o serie de proceduri complementare (43):

- băi cu bule de aer aplicate sub apă, bulele având un efect de stimulare a circulaţiei subcutanate;

- duşuri sub apă (duşul submarin sau hidromasajul) cu presiune mică, făcut sub apă sau după terminarea băii, având un rol decongestionant, evacuator, eutrofic şi antalgic.

Scanned with OKEN Scanner

Duşul începe de la vârful piciorului, urcând progresiv spre coapsă. În general duşul submarin are o durată de 15 minute (85);

- masajul se face atât în cursul băii, dar mai ales la sfârşitul ei; se începe din porţiunea distală şi se urcă progresiv către rădăcina membrului;

- duşul filiform se aplică pe gambele infiltrate, hiperkeratozice şi papilomatoase, având rol decongestiv, decapant şi keratolitic. Duşul filiform trebuie făcut din faţă, pe părţile laterale şi din spate, de la o distanţă de 3-4 cm. Procedura se aplică la persoane fără leziuni cutanate produse de stază, mai ales are indicaţii la persoane tinere cu sindrom prevaricos, la sechele recente de tromboflebită, la cei cu gambe infiltrate sau scleroase;

- duş "cu jetul spart" se face cu apă călduţă în cazul gambelor postflebitice spastice, având efecte antialgice şi spasmolitice;

- duşul cu apă rece se aplică pe gambe edematiate şi infiltrate, având efecte vasoconstrictoare, flebotonice şi antiedematoase;

- nămolul radioactiv se utilizează fie sub formă de băi de nămol, fie sub formă de cataplasme, având acţiune de resorbţie a infiltratelor dermo-hipodermice de la nivelul gambelor şi de normalizare a tulburărilor de keratinizare.

Durata curei balneare trebuie să fie de 21 zile.

- Piscina cu apă termală în flebologie este o procedură utilizată în unele staţiuni din Franţa (85). Apa din piscină are o adâncime de 80 cm. Podeaua piscinei prezintă mici asperităţi, acestea având un rol de stimulare a circulaţiei la mers. Din podea se degajă curenţi de aer care stimulează circulaţia venoasă a membrelor inferioare (aerobaie). Bolnavii trebuie să parcurgă piscina în mers lent (în decurs de 15-20 de minute). Temperatura apei din piscină este vara de 28°, iar în sezonul rece de 30°. În cursul mersului bolnavii pot face mişcări de flexie-extensie a piciorului sau de rotaţii ale picioarelor şi genunchilor. Apa termală exercită asupra tegumentului o presiune echivalentă cu înălţimea ei în piscină, crescând de la suprafaţă spre adâncime. În partea de jos se exercită asupra picioarelor şi gambelor o compresie maximă, facilitând întoarcerea venoasă şi ameliorând acţiunea pompei musculare a moletului. Aerobaia produce un masaj blând asupra venelor şi le creşte excitabilitatea şi motricitatea. În felul acesta piscina cu apă termală are o acţiune anticongestivă şi antiinflamatorie asupra gambelor varicoase, producând eliminarea edemelor şi ducând la apariţia supleţei piciorului şi gambei (85).

În piscina cu apă termală se mai poate asocia băi cu gaz carbonic, durata acestora fiind în medie de 10 minute. La începutul băii carbo-gazoase la 3-4 minute, bolnavii au senzaţia de încălzire locală, ce devine maximă spre sfârşitul procedurii. Se face totdeauna baia cu bule de gaz carbonic la sfârşitul şedinţei, iar eritemul cutanat pe care aceasta îl produce durează până la 20 de minute după baie şi senzaţia de căldură până la o oră. Aceste fenomene se datorează vasodilataţiei capilare cutanate produse de gazul carbonic.

La unele cazuri, cu edeme organizate, cu hipodermite sau tendinţa la elefantiazis, baia în piscină se asociază cu şedinţe de masaj (85). S-a constatat că varicele asociate

Scanned with OKEN Scanner

cu gonartroza, coxartroza, rigiditatea articulaţiei tibio-tarsiene şi celulitele cronice ale piciorului beneficiază în mod deosebit de proceduri în piscina cu apă termală asociate cu masaj sub apă.

După terminarea băii în piscină se recomandă repaus la orizontală timp de 2 ore cu gambele uşor ridicate. După odihnă se trece la plimbări, mersul pe jos fiind obligatoriu. Distanţa parcursă va fi fixată pentru fiecare bolnav, ea variind de la 1000 la 12000 m pe zi. După amiază se organizează din nou plimbări sau sporturi uşoare. Cura durează între 18 şi 21 zile.

d) Rezultatul tratamentului balnear

Cura balneară acţionează asupra următoarelor simptome întâlnite la varicoşi: tulburările funcţionale, edemul, infiltraţia difuză şi hipodermita indurativă cronică (87).

- Tulburările de gambe grele şi de gambe fără repaus, precum şi durerile difuze şi persistente sunt influenţate în bine la 78% din cazuri;
- Edemul membrelor inferioare: 50% dispărute, 36% ameliorări importante şi 11% fără rezultate;
- Infiltraţia difuză a gambelor (întâlnită în sindroamele postflebitice) dispare la 32-34% din cazuri;
- Hipodermitele cronice: 20% rezultate bune şi la 24% ameliorări importante;
- Congestiile pelviene şi hemoroidale secundare varicozei sunt net ameliorate.

Cele mai bune rezultate se obţin în sindromul postflebitic cu edem, infiltraţie şi senzaţie dureroasă asocierea procedurilor termale cu diferite proceduri de medicină fizică şi sporturi uşoare:

- plimbări de seară;
- gimnastică medicală zilnică;
- mici sporturi fără solicitări majore, în funcţie de vârsta şi starea generală a fiecărui bolnav.
- Cura heliomarină în general nu este utilă varicelor. Autorii francezi (22) admit că varicoşii pot beneficia de băile marine (înot, jocuri în apă, mersul prin apă paralel cu ţărmul, expunerea la briza mării, plimbările prelungite pe faleză etc.), toate acestea având efecte favorabile asupra circulaţiei venoase. Aceşti bolnavi nu au însă voie să expună gambele varicoase acţiunii prelungite a soarelui, radiaţia ultravioletă putând irita varicele, grăbindu-le evoluţia şi favorizând apariţia unor complicaţii locale.
- Staţiunile din ţara noastră indicate pentru varicoşi

Sunt indicate pentru aceşti bolnavi apele carbogazoase iodate şi radioactive, mofetele şi nămolurile. Aceste ape gazoase se găsesc în staţiunile: Covasna, Tuşnad, Borsec, Vatra Dornei, Balvanyos, Lipova, Vâlcele, Jigodin-Băi, Miercurea-Ciuc şi Ocna-Şugatag.

VII. Tratamentul igienic

Indiferent de tratamentul aplicat unui bolnav cu varice, rezultatele nu vor fi cele aşteptate dacă nu se obţine colaborarea bolnavului în vederea respectării unor reguli privind modul de viaţă, de muncă, petrecerea concediului de odihnă şi a timpului

Scanned with OKEN Scanner

liber. Respectarea acestor măsuri este absolut obligatorie, având în vedere că varicoza este o boală cu evoluţie îndelungată şi cu agravare progresivă, predispusă la diferite complicaţii. Aceste măsuri sunt utile mai ales pentru populaţia urbană predispusă la sedentarism şi care exercită profesii în condiţii de ortostatism static.

a) Măsuri privind profesiunea

Se va evita exercitarea profesiilor unde procesul de producţie se desfăşoară în condiţii de ortostatism static, dacă necesită eforturi fizice mari sau cărat de greutăţi. Dacă aceste măsuri nu pot fi respectate în totalitate toţi aceşti bolnavi aplică în timpul activităţii profesionale feşi sau ciorapi elastici. Programul de lucru va fi fragmentat, după câteva ore de muncă fiind necesară o pauză de jumătate de oră efectuată în poziţie orizontală cu gambele uşor ridicate. Dacă acest lucru nu este posibil se vor efectua măsuri cu diferite programe de gimnastică.

La tineri se va insista pe schimbarea profesiunii, evitând meseriile care se exercită în poziţie verticală şi în nemişcare: frizer, vânzător în magazine, barman, chelner, medic stomatolog etc. Sunt de preferat meseriile în care se face multă mişcare şi deplasări şi mai ales dacă verticalitatea alternează cu poziţia aşezat pe scaun. Dacă întreg programul se exercită în poziţie şezând se recomandă ca din oră în oră să se facă mici deplasări alternând cu gimnastică (genuflexiuni, ridicări pe vârful degetelor etc.). Pauza se va petrece întotdeauna la orizontală cu gambele uşor ridicate.

b) Măsuri privind igiena vieţii

Lupta contra surplusului ponderal, deoarece depozitele adipoase împiedică întoarcerea venoasă şi accelerează evoluţia varicelor. Se ştie că 20% dintre obezi au varice, iar creşterea în greutate grăbeşte decompensarea lor. Varicosul trebuie să aibă o alimentaţie echilibrată, evitând alimentele grase şi excitante (alcool, condimente). Baza alimentaţiei vor fi legumele, fructele, carnea albă şi brânzeturile sărace în grăsimi (144).

Dacă bolnavul este deja obez se impune cura de slăbire hipocalorică ce se continuă până ce se ajunge la greutatea ideală. La aceste persoane raţia nu va depăşi 500 calorii pe zi, va fi formată din 20% proteine, 30% lipide şi 50% glucide cu asimilare lentă (cereale şi legume). Se evită consumul de glucide uşor asimilabile: zahăr, miere de albine, fructe dulci (struguri, pere, prune), prăjiturile, dulceţurile etc.

c) Evitarea expunerii la surse de căldură

Se ştie că temperatura ridicată favorizează vasodilataţia şi staza venoasă, biciuind evoluţia varicelor. Din această cauză pacientul cu varice trebuie să evite expunerea prelungită la soare, plaja fiind contraindicată. Cura heliomarină nu are indicaţii, dar dacă trebuie făcută din alte motive, atunci gambele nu vor fi expuse la soare (se acoperă sau sunt ţinute la umbră). Se va evita expunerea gambelor la surse de căldură: sobe, calorifere, aeroterme, perne electrice etc.

În general bolnavii de varice trebuie să evite îmbrăcămintea prea călduroasă şi strâmtă, preferând lenjeria largă şi subţire, care permite aerisirea membrelor inferioare. Temperatura din locuinţe şi de la locul de muncă nu trebuie să depăşească 18-19° (144).

Scanned with OKEN Scanner

d) Măsuri care să favorizeze circulaţia venoasă

- **Îmbrăcămintea.** Se va evita purtarea de şosete sau ciorapi "cu elastic" sau aplicarea de jartiere elastice, acestea jenând întoarcerea venoasă şi favorizând staza.

- **Încălţămintea** va avea toc mijlociu. Se va evita încălţămintea fără toc sau cu tocul foarte mic, precum şi cea cu tocul foarte înalt, în ambele situaţii pompa musculară a gambei reducându-şi eficienţa.

- **Odihna în pat** se va face întotdeauna cu gambele mai ridicate cu 5-15 cm faţă de planul orizontal pentru a favoriza drenajul sângelui din membrele inferioare.

- **Gimnastica medicală** trebuie să facă parte din programul vieţii deoarece pe de o parte activează circulaţia venoasă şi evită staza, iar pe de altă parte împiedică depunerea adipoasă. Ea se va efectua: dimineaţa, la locul de muncă şi seara (106).

Dimineaţa se începe încă din pat cu câteva mişcări: se ridică gambele la verticală, efectuând mai multe mişcări de flexie şi extensie, de pedalaj, de dorso- anteflexie etc. (114). După coborârea din pat urmează un marş scurt prin cameră, alternând cu ridicări repetate pe vârful degetelor (pentru tonifierea musculaturii gambei), cu mers pe vârfuri şi genuflexii. Se aplică ciorapii de varice (sau feşele elastice), după care se face gimnastică respiratorie (20-30 inspiraţii şi expiraţii profunde făcute în faţa ferestrelor deschise). La formele cu varice avansate, după gimnastica de dimineaţă se trece la efectuarea hidroterapiei (baie la 36-37° însoţită de mişcări sub apă timp de 15-30 minute, duşuri efectuate de la distanţă etc.), masaj blând al gambelor începând de la vârful degetelor, trecându-se progresiv către rădăcina membrelor, după care se aplică contenţie (144).

La locul de muncă se evită staţionarea prelungită în poziţie nemişcată, făcând diferite mişcări cu gambele uşor ridicate. Dacă lucrează stând pe scaun se va evita menţinerea prelungită a gambelor varicoase în unghi de 90° cu coapsa. Periodic bolnavul se va ridica de pe scaun făcând câţiva paşi sau câteva genuflexiuni. După programul de lucru se recomandă întotdeauna mersul pe jos pe o distanţă de 1-2 km.

Seara se impune de regulă un scurt program de gimnastică înainte de culcare. Se începe prin aşezarea în poziţie culcat pe spate cu gambele ridicate, făcând câteva mişcări de pedalare. După 1 minut se coboară gambele la orizontală şi se masează blând. Se repetă manevra de mai multe ori. Dacă există edeme se face hidroterapie şi înainte de culcare un masaj blând. Se doarme întotdeauna cu picioarele mai ridicate decât planul orizontal (144).

- **Mersul pe jos** are o valoare deosebită pentru activarea circulaţiei venoase. Zilnic bolnavii trebuie să meargă pe jos cel puţin 2-3 km, după aplicarea contenţiei, în pas ritmat şi în mers rapid (106).

- **Sporturile** trebuie să facă parte din modul de viaţă al varicosului, deoarece activează circulaţia venoasă şi evită obezitatea, oprind evoluţia varicelor şi apariţia complicaţiilor. Se preferă sporturile care nu necesită eforturi prea mari: înotul, ciclismul, canotajul, tenisul, golful, vânătoarea etc. Se evită: fotbalul, scrima, halterele, voleiul, handbalul, judo etc. Se recomandă ca în timpul exercitării activităţii sportive bolnavii

Scanned with OKEN Scanner

să poarte ciorapi elastici, aceştia protejând pe de o parte gambele de traumatisme, iar pe de altă parte favorizând întoarcerea venoasă. Dacă bolnavii prezintă tulburări trofice cutanate se impune activitatea sportivă până la vindecare (114).

- **Vacanţa** se va petrece la munte sau în zona de deal sau coline, evitându-se expunerea la soare, la surse de căldură sau băile la cald. La munte se vor face plimbări prelungite în aer liber, curenţii de aer rece având o acţiune tonifiantă asupra circulaţiei venoase, iar mersul pe terenul înclinat activând pompa musculară. Pentru varicoşi este indicată de asemenea altitudinea între 800-1200 m (114).

Pădurea este indicată de asemenea varicoşilor, plimbările prelungite fiind făcute la umbră şi răcoare, evitându-se expuneri prelungite la soare. De o deosebită valoare sunt sporturile desfăşurate în zona colinară şi păduroasă, alternanţe de plimbări pe teren în uşoară pantă şi sporturi, ambele cu o acţiune deosebit de favorabilă asupra circulaţiei venoase.

- **Masajul** trebuie să fie aplicat de toţi bolnavii, având o acţiune de tonificare a musculaturii gambei şi de accelerare a circulaţiei venoase (51). În cazul varicelor simple (neînsoţite de tulburări trofice), masajul începe de la vârful degetelor, după care se trece la picior, la gambă şi la coapsă. În cazurile cu tulburări trofice cutanate (dermite, ulcere, eczeme, hipodermite) se evită masarea zonelor cutanate afectate. Se masează numai degetele, planta, dosul piciorului şi zona retromaleolară, după care se aplică mijloacele de contenţie.

- Înlăturarea factorilor care diminuează eficienţa pompei musculare (92). Pompa musculară a gambei şi coapsei constituie factorul principal de activare a întoarcerii venoase. Activitatea ei depinde de intervenţia mai multor factori, care fiind defecţi îi scad eficacitatea. Din această cauză trebuie să fie corectate: piciorul plat, anchilozele sau rigidităţile articulaţiilor tibio-tarsiene, a genunchilor sau coxo-femurale (96).

Cel mai frecvent sunt întâlnite tulburările de statică ale piciorului şi mai ales piciorul plat. În această situaţie se impun următoarele măsuri: corectarea ortopedică a defectului prin aplicare de "talonete" tarsiene, pedalaj, genuflexii etc. Măsuri asemănătoare sunt necesare şi în cazul contracţiei aponevrozei plantare. Anchilozele marilor articulaţii vor fi tratate prin mijloace ortopedice, balneare sau medicale.

O acţiune deosebită trebuie acordată cazurilor cu degete "în ciocan", unde trebuie aplicată artroplastia, evitându-se amputaţiile (amputaţia de degete şi în special a halucelui diminuând debitul pompei musculare).

- **Hidroterapia** este o metodă utilă, aflată la îndemâna tuturor bolnavilor. Se poate aplica atât dimineaţa cât şi seara. Cele mai folositoare sunt însă băile făcute la întoarcerea de la programul de muncă, în special pentru cazurile cu varice decompensate, unde la sfârşitul programului apar edeme de stază şi congestia venelor, însoţite de senzaţia de gambe grele şi dureri. Sunt utile băile de cadă, cu apa la temperatura de 36-37°, bolnavul fiind în poziţie şezând, apa având deasupra gambelor o grosime de 50 cm. Baia durează 30 de minute şi se asociază cu mişcări complexe ale picioarelor şi gambelor sub apă, cu efectuarea de duşuri (care încep la extremitatea distală şi sfârşesc la cea proximală) şi mai ales de masaj.

- **Duşurile locale** (pe gambe varicoase) bolnavul fiind cu gambele la orizontală, sunt făcute de la distanţa de 1-2 m, începând cu piciorul şi mergând progresiv în sus.

Scanned with OKEN Scanner

Toate aceste proceduri duc la rezolvarea edemului, la creşterea tonusului venos, la o senzaţie de uşurinţă, permiţând odihna de după-amiază. Înotul are cele mai importante indicaţii la varicoşi, mişcările sub apă uşurând extrem de mult întoarcerea venoasă.

- **Îmbrăcămintea** să nu fie prea strâmtă şi prea călduroasă. Se va evita purtarea de ciorapi din material sintetic (favorizează transpiraţia şi apariţia micozelor, punct de plecare pentru erizipele şi flebite), spălarea picioarelor şi a ciorapilor cu detergenţi (care favorizează apariţia de eczeme locale). Se evită purtarea de jartiere, de ciorapi "cu elastic", de centuri prea strâmte (care strangulează circulaţia de întoarcere).

e) Igiena la domiciliu

La întoarcerea de la serviciu se recomandă, în special pentru femei, un program de odihnă la orizontală de 1-2 ore, precedat de gimnastică, hidroterapie şi masaj. Activitatea în gospodărie nu se va desfăşura, cel puţin pentru persoanele cu varice avansate, decât după aplicarea contenţiei. Se evită odihna prelungită în fotoliu (cu gambele atârnând) sau lucrul îndelungat la masă (144). Când nu se poate evita acest lucru se fac pauze la 30-60 de minute, când se efectuează mici plimbări prin casă, care alternează cu genuflexii sau odihnă la orizontală cu gambele uşor ridicate (51).

În casă nu se stă cu gambele aproape de surse de căldură: sobe, maşini de gătit, radiatoare etc.

Aplicând toate aceste măsuri în mod corect şi în timp îndelungat cei cu varice incipiente împiedică agravarea lor, iar cei cu varice constituite întârzie decompensarea lor şi apariţia complicaţiilor cutanate (dermatita de stază), un adevărat dezastru care pândeşte pe fiecare varicos.

VIII. Rezultatele tratamentului varicelor asupra tulburărilor funcţionale

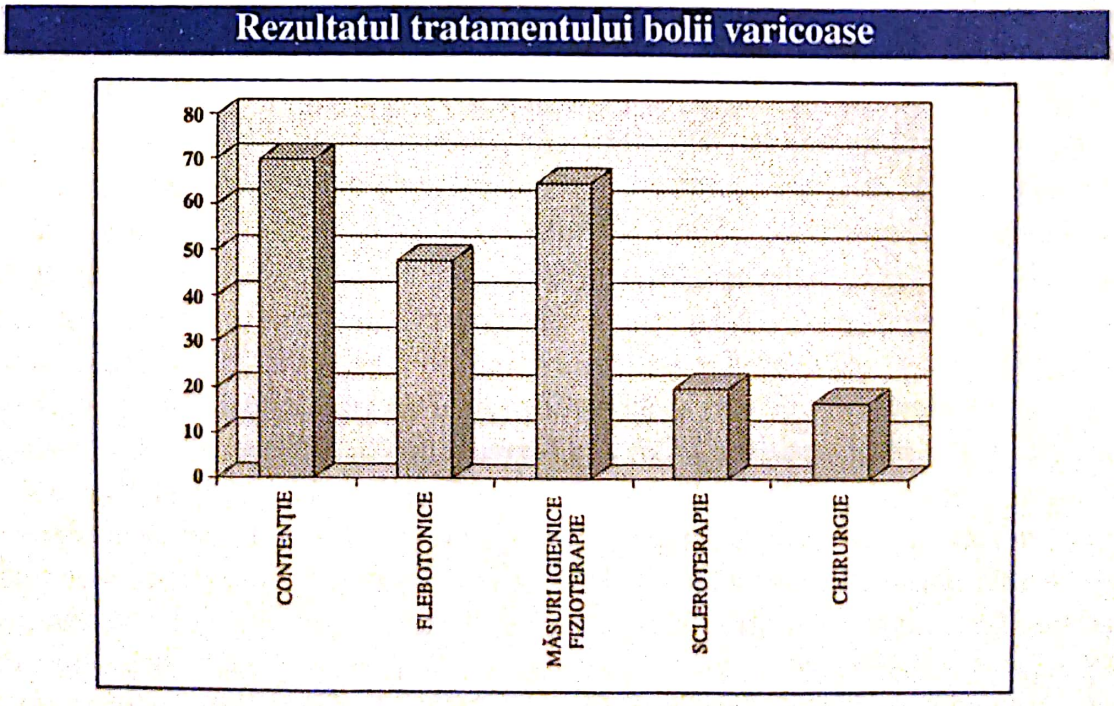


Figura 47. după Seldowski

Scanned with OKEN Scanner

Cele mai bune rezultate se obţin cu ajutorul contenţiei elastice externe, simptomele supărătoare dispărând la 70% din cazuri. Urmează ca valoare flebotonicele, cu răspuns pozitiv la 45-60% din cazuri. Măsurile igienice, exerciţiile şi sportul au efecte pozitive la 46-50% din cazuri. Scleroterapia duce la dispariţia simptomelor neplăcute la 18-20% din cazuri, iar chirurgia la 16-25% (Figura 47). În concluzie, terapia varicelor trebuie să fie complexă, făcută prin asocierea mai multor metode de tratament, în combinaţii ce variază de la caz la caz, deoarece nici o metodă nu este capabilă să vindece complet bolnavul varicos, să ducă la dispariţia tuturor simptomelor şi la evitarea recidivelor (117).

Scanned with OKEN Scanner

Varicele asociate

Capitolul 3

La un număr important de varicoşi întâlnim asocierea varicelor cu diferite stări morbide, ridicând multiple aspecte particulare de diagnostic, de evoluţie sau terapeutică. În cele ce urmează vom trece în revistă câteva dintre ele.

A. Varicele şi sarcina

I. Date generale

Este recunoscut în întreaga lume faptul că sarcina este unul dintre principalii factori care biciuieşte evoluţia varicelor: frecvent apariţia varicelor se petrece cu ocazia unei sarcini; gravitatea varicelor este în raport direct cu numărul de sarcini; un mare număr de flebite la femei apar cu ocazia unei naşteri. Datele statistice privind această problemă sunt semnificative. S-a constatat astfel că la 63% dintre femeile varicoase apariţia varicelor s-a produs cu ocazia unei sarcini, iar 1 din 2 femei varicoase au constatat dezvoltarea varicelor în perioada graviditătii (22). Varicele apar la 20% din cazuri la prima sarcină şi în 50% la cea de a doua sarcină. Edemele maleolare se întâlnesc la jumătate dintre femeile însărcinate, iar din aceste cazuri 20-30% dezvoltă varice. În sarcină creşte considerabil volumul sângelui circulant (cu 20-30%), fapt ce determină creşterea masei sanguine depozitate în vene cu 80%. În consecinţă creşte presiunea hidrostatică la nivelul venelor membrelor inferioare, care se poate dubla sau chiar tripla.

Pe de altă parte s-a demonstrat că varicele sunt de 5-6 ori mai frecvente la femeile care au născut faţă de cele care nu au avut nici o sarcină. După Sigg şi Wuppermann (119) varicele se întâlnesc la 30% din primipare şi la 50% din multipare, fiind de cele mai multe ori bilaterale. La 70% din cazuri apar în primul trimestru al sarcinii, la 25% în trimestrul al doilea şi numai la 5% în al treilea trimestru. Pe de altă parte este stabilit că 95% dintre varicele gravidelor sunt primare, numai la 5% din cazuri fiind vorba de varice postflebitice. Sarcina, prin tulburările hormonale care o însoţesc, influenţează nu numai peretele venos superficial al gambelor, ci şi pe cel al organelor genitale, al rectului, al pereţilor abdominali etc. În felul acesta în afară de varice sarcina mai induce şi alte multiple afecţiuni de origine venoasă: tromboflebite profunde, hemoroizi şi tromboze hemoroidale, varice vulvare etc. Este dovedit (119) că tromboflebitele profunde apar în cursul sarcinii sau la lehuzie numai la 1,4% din cazurile unde sarcina nu s-a asociat cu varice şi la 15,5% din cele la care varicele au apărut din primele luni de sarcină. Pe de altă parte Kappert (71) spunea că sarcina şi naşterea constituie factorul cauzal principal la 30% din flebitele profunde. Sarcina modifică parametrii coagulării mai ales în cea de a doua parte a ei, precum şi în perioada postpartum: scade antitrombina III, scade activitatea fibrinolitică, se accentuează defectele genetice ale proteinelor C şi S, creşte anticoagulantul circulant etc., favorizând astfel pe mai multe planuri apariţia de flebite.

Scanned with OKEN Scanner

De asemenea, s-a observat agravarea rapidă a unor varice care precedaseră sarcina şi care aveau o evoluţie latentă prelungită. În cazul sarcinilor multiple se ştie că fiecare sarcină agravează evoluţia varicozei, ducând la diverse complicaţii: edeme, dermite, ulcere, hipodermite etc. Deseori după naştere se constată un fenomen curios: varicele dezvoltate în cursul sarcinii încep să regreseze. Se explică acest lucru prin modificările pe care sarcina le produce asupra varicelor. În sarcină pereţii venoşi se dilată foarte mult, iar valvulele venoase, fără să sufere modificări organice, nu mai pot obstrua lumenul venos în diastolă şi se produce incontinenţa valvulară, cu accentuarea stazei. După naştere pereţii venoşi îşi recapătă tonusul şi uneori lumenul venos revine la normal, condiţii în care valvele venoase pot obstrua lumenul venos şi impiedică flebohipertonia. În aceste condiţii cel puţin o parte din varice dispar după naştere (la aproximativ 3 luni). Deseori se observă că şi telangiectaziile şi varicozităţile intradermice dispar sau se atenuează spontan după naştere. În cazul varicelor care au precedat sarcina niciodată nu s-a observat dispariţia lor, iar frecvent s-a constatat agravarea.

II. Etiopatogenia varicelor din sarcină

Nu există un punct de vedere unanim acceptat privind cauza dezvoltării explozive a varicelor în sarcină. În acest fenomen sunt implicaţi doi factori: secreţia de hormoni şi hipertensiunea venoasă.

Teoria hormonală are la bază observaţia că 2/3 din varice apar din primele luni de sarcină, atunci când se produce în organismul femeii o adevărată furtună hormonală. Partizanii teoriei endocrine au lansat trei ipoteze:

- Rolul estrogenilor ar fi esenţial deoarece în cursul sarcinii estrogenii cresc de 270 ori în comparaţie cu progesteronul care creşte de cel mult 10 ori. Foliculina are efect vasodilatator periferic, creşte permeabilitatea capilară şi măreşte retenţia de apă în ţesuturi. Toate acestea defavorizează întoarcerea venoasă şi induc hipotonia venelor. S-a dovedit că în sarcină fluxul venos la nivelul membrelor inferioare diminuă la jumătate în ultimele luni.

- Rolul progesteronului ar consta în neutralizarea adrenalinei, ducând la relaxare musculară generală, inclusiv a musculaturii din pereţii venoşi.

- Rolul hipofizei, aceasta dublându-şi volumul în timpul sarcinii, mai ales prin înmulţirea celulelor siderofile, cunoscute şi sub numele de "celule de gestaţie", care ajung să constituie până la 50% din celulele hipofizei. La nivelul acestor celule se secretă hormonul prolactină şi alţi hormoni care duc la hipotonie şi laxitate, proces care interesează şi pereţii venoşi.

Teoria hipertensiunii venoase induse de sarcină explică apariţia varicelor prin compresia exercitată de uterul gravid asupra circulaţiei de întoarcere, când se instalează "sindromul de compresie a venei cave inferioare". S-a constatat că în ultimul trimestru al sarcinii, în poziţie ortostatică, dar mai ales în decubitus dorsal, vena cavă inferioară este puternic comprimată, astfel încât sângele venos nu mai poate circula la acest nivel (fenomen verificat prin eco-Doppler). Aşa se explică apariţia unor crize hipotensive care dispar prin schimbarea poziţiei. Teoria aceasta este combătută prin

Scanned with OKEN Scanner

argumentaţia că varicele se dezvoltă din primele 5 luni de sarcină, perioadă în care compresia uterului gravid asupra sistemului cavei inferioare estre aproape nulă. De asemenea, s-a mai observat că în cazul morţii intrauterine a fătului (fenomenul petrecându-se în partea a doua a sarcinii) se produce o ameliorare bruscă a sindromului varicos înainte de expulzarea fătului, perioadă în care compresia continuă să se exercite, dar dispar tulburările endocrine.

În realitate în apariţia varicelor din sarcină intervin factori multipli, aceştia fiind dificil de combătut şi numai parţial cunoscuţi.

III. Aspecte clinice particulare ale varicozei din sarcină

Varicele din sarcină se caracterizează prin rapiditatea cu care se instalează şi prin volumul impresionant pe care îl capătă într-o perioadă scurtă de timp. Sunt cazuri unde varicoza se poate instala în decurs de câteva zile, surprinzând bolnava şi anturajul ei. În al doilea rând se constată nerespectarea topografiei varicelor obişnuite (care urmează traseul celor două vene safene). Se dezvoltă concomitent trunchiurile mari venoase, accesoriile lor (venele accesorii ale celor două safene), diferite ramuri sau vene izolate, uneori şi venectazii subcutanate sau vene intradermice, telangiectazii cutanate sau dilataţii de tipul angiomului venos. Toate dilataţiile venoase par să aibă aceeaşi vârstă, indiferent dacă sunt trunchiurile superficiale sau ramurile lor (22). Se admite că aceste varice se formează prin deschiderea şunturilor arteriovenoase periferice cu deversarea sângelui direct din artere în vene, pe fondul unei hipotonii globale a sistemului venos care favorizează dilataţia venelor. Concomitent cu varicele membrelor inferioare apar dilataţii venoase şi în alte zone: muguri hemoroidali, varice vulvare şi pubiene etc.

Varicele vulvare sunt deseori unilaterale. Ele se întâlnesc la aproximativ 20% din sarcini. Aceste varice drenează în vena iliacă internă (prin venele ruşinoasă externă) sau în vena iliacă externă (prin venele ruşinoasă internă şi obturatoare). Pot da unele complicaţii: tromboflebite sau hemoragii. Nu necesită tratament, deoarece dispar spontan după naştere. Numai în rare cazuri se aplică scleroterapie.

Dar nu toate cazurile au o evoluţie asemănătoare. În practică se pot întâlni toate tipurile de varice, iar durata lor de instalare nu este la toate cazurile precipitată (71).

În general varicele de sarcină se însoţesc de o gamă largă de tulburări funcţionale: de la senzaţia de gambe grele până la edeme gigante, crampe dureroase sau chiar complicaţii ale varicelor (flebite, rupturi de varice, celulite, ulcere de gambă etc.). Din punct de vedere evolutiv se constată că după o instalare bruscă aceste varice au o agravare progresivă, aceasta menţinându-se pe tot parcursul sarcinii. După naştere nu numai că această evoluţie se întrerupe, dar de cele mai multe ori se observă o uşoară regresie a varicozei: venele nu mai apar congestionate, edemele se resorb, gambele nu mai sunt infiltrate, tulburările funcţionale se remit în mod spontan.

IV. Complicaţiile tromboembolice din sarcina cu varice

• **Tromboza venoasă superficială** apare frecvent dar se vindecă uşor şi nu dă complicaţii severe. Se întâlneşte la 1% din cazuri.

Scanned with OKEN Scanner

• **Tromboza venoasă profundă** apare la 0,9% din sarcini şi la 65% din cazuri survine în perioada postpartum. Factori de risc: operaţia cezariană şi metritele postpartum. Deseori aceste flebite au manifestări clinice minore şi pot trece neobservate. De aici necesitatea efectuării de examene eco-Doppler la gravidele cu varice şi care prezintă cea mai mică suspiciune de tromboză profundă. Lucrurile se complică şi mai mult deoarece flebita profundă din sarcină are de cele mai multe ori localizare pelviană, fiind însoţită de simptome neevocatoare. Există suspiciune de flebită profundă în caz de stări febrile, pelvis dureros, tulburări rectale şi vezicale, cordon venos dureros superficial, infecţie pelviană postpartum.

• **Embolia pulmonară secundară** unei flebite profunde, manifestă sau asimptomatică, este deosebit de gravă şi rămâne şi în prezent principala cauză de deces postpartum în Franţa.

V. Probleme terapeutice

Apariţia de varice în cursul sarcinii ridică importante probleme terapeutice. Pe de o parte se impun măsuri adecvate menite să oprească sau să atenueze evoluţia acestor varice, iar pe de altă parte sunt necesare măsuri pentru depăşirea lor.

VI. Măsuri igienice pentru a limita evoluţia varicelor

De două ori pe zi câte ½ oră repaus la pat, în poziţie orizontală (o şedinţă la prânz şi una seara), repausul alternând cu şedinţe de gimnastică a gambelor făcută cu capul culcat şi picioarele ridicate. Sunt astfel necesare mişcări de pedalare, de rotaţie, de flexie şi extensie, care se sfârşesc cu scurte şedinţe de masaj. Se pot adăuga şedinţe de hidroterapie sau marşuri scurte. Se va evita ortostatismul static prelungit. Dacă este posibil se fac două plimbări timp de o oră, una dimineaţa şi alta seara. Sunt necesare luarea unor măsuri dietetice: se evită excesul de sare, de grăsimi şi de dulciuri, baza alimentaţiei fiind lacto-vegetariană. Orele de odihnă şi de somn vor fi petrecute cu gambele uşor ridicate faţă de planul orizontal (22).

Contenţia elastică este măsura cea mai eficace de oprire a evoluţiei varicelor din sarcină şi de evitare a complicaţiilor. Ciorapii sunt cei mai eficienţi, recomandându-se cei cu compresie medie (categoria II-III) şi dacă este posibil din cei la care compresia în partea inferioară este mai puternică (Sigvarix). În formele cu edeme mari şi gambe infiltrate se pot aplica feşi elastice tip forte (Thuosine, Biflex forte), care se scot în cursul nopţii. Uneori se poate utiliza contenţia electivă, care interesează numai o anumită zonă (Elastoplaste), unde se dezvoltă un mic pachet varicos (141).

Cura de flebotonice poate fi utilă mai ales în partea a doua a sarcinii, fiind recomandate preparatele comerciale care conţin o singură substanţă activă (Venoruton, Reparil, Detralex, Doxium etc.). Sunt prescrise mai ales la formele însoţite de edeme ale membrelor inferioare sau cele care prezintă tulburări funcţionale supărătoare. După Churlot şi Leroy (26), flebotonicele dau rezultate bune la 77,5% din cazuri, satisfăcătoare la 20% şi moderate la 2,5%. Nu toţi autorii prezintă acelaşi optimism faţă de terapia flebotonică în varicele gravidelor (22). Se pare că rezultate mult mai bune se obţin prin asocierea contenţiei elastice cu flebotonicele (asociere obligatorie), prin

Scanned with OKEN Scanner

această procedură procentul rezultatelor satisfăcătoare fiind mult mai ridicat decât atunci când se aplică fiecare metodă separat. Sunt şi autori care recomandă cura continuă de flebotonice pe parcursul sarcinii. Unii autori mai utilizează şi alte medicamente: vitamina E în doză de 300 mg pe zi administrată în primele luni, cu rol preventiv. În formele cu varice dureroase pantotenatul de sodiu s-a dovedit util, pe când în formele cu tulburări funcţionale Borode (22) recomandă cure repetate de Hydergine.

Tratamentul sclerozant nu se face decât în cazuri excepţionale: instalarea unei insuficienţe venoase (prin apariţia incontinenţei la nivelul trunchiului venos) sau dacă apar unele complicaţii ale decompensării varicoase: flebite superficiale, dermite acute, hipodermite, ruptură de varice superficiale. Se mai pot scleroza varicele superficiale rapid decompensate şi care sunt în pericol de a se rupe în mod spontan. Se sclerozează numai unele ramuri devenite insuficiente, mai ales zonele de reflux din profunzime, acestea putând duce la decompensarea întregului sistem venos superficial. Se urmăreşte prin sclerozare şi redresarea unor tulburări funcţionale, dar mult mai rar în scopuri estetice. Nu se sclerozează varicozităţile superficiale apărute în cursul sarcinii şi care sunt compensate funcţional, rămânând ca acestea să fie rezolvate după naştere. Întotdeauna sclerozarea varicelor este urmată de aplicarea contenţiei elastice externe.

În general scleroza varicelor nu aduce nici un fel de prejudicii nici mamei, nici fătului. Se evită sclerozantele care conţin chinină şi este obligatorie testarea bolnavei la sclerozantul folosit înainte de începerea şedinţelor de sclerozare (pentru a evita eventualele reacţii alergice). Cu toate că unii flebologi (Wallois) (149, 152) consideră că se pot scleroza varicele gravidelor fără nici o restricţie (ca la toţi bolnavii), Tournay (140) recomandă prudenţă deoarece sarcina biciuind evoluţia varicelor rezultatele sclerozării varicelor la gravide sunt incomplete şi mediocre.

Dacă scleroza este necesară ea va fi limitată la zonele de incontinenţă şi se va efectua numai între luna a IV-a şi a VII-a.

Se mai recomandă sclerozarea în cursul sarcinii a varicelor vulvare şi suprapubiene, având în vedere că ele se pot rupe în cursul travaliului, constituind sursa unor hemoragii deosebit de neplăcute.

Chiar atunci când nu se respectă indicaţiile şi se sclerozează toate varicele gravidelor, rezultate satisfăcătoare nu sunt întâlnite decât la 20% din cazuri. Acest lucru se datorează faptului că la gravide varicoza evoluează pe tot parcursul sarcinii şi deseori după o "scleroză totală" în scurt timp apar noi pachete varicoase.

Tratamentul chirurgical nu se aplică decât în mod excepţional: varice enorme decompensate brusc în pericol de apariţie a unor complicaţii grave (ruptură sau flebită). Se mai intervine în caz de tromboflebite superficiale întinse, recidivante sau de tip ascendent (80).

Se recomandă să nu se intervină înainte de luna a III-a de sarcină. La majoritatea cazurilor se fac numai rezecţii limitate: crosectomie sau stripping scurt. Restul varicelor vor fi operate după naştere, dar nu mai devreme de 6-8 săptămâni.

Scanned with OKEN Scanner

B. Varicele și afecțiunile arteriale

I. Date generale

Este cunoscut faptul că în activitatea practică se întâlnesc frecvent asociaţii între varice şi arteriopatii. Ulcerul de gambă în aproximativ 10% din cazuri are o etiologie mixtă, iar în boala Buerger la 25% din cazuri se asociază o tromboflebită migratorie.

Asocierea celor două afecţiuni poate duce frecvent la importante greşeli de diagnostic: varicele fiind superficiale şi uşor vizibile, suferinţele bolnavului produse de o arteriopatie ignorată sunt atribuite de bolnav şi uneori chiar de medic insuficienţei venoase. Uneori se fac chiar intervenţii pe varice la arteriopaţi avansaţi, cu rezultate dezastruoase.

Pe de altă parte se recomandă ca o varicoză ajunsă în stadiul de decompensare poate agrava foarte mult simptomatologia unei arteriopatii aflate în stadiul I sau II, diminuând perimetrul de mers şi producând o serie de tulburări funcţionale supărătoare. La aceste cazuri cu manifestări bizare o simplă oscilometrie poate lămuri uşor diagnosticul, dar tratamentul celor două afecţiuni trebuie să fie bine cântărit, pentru a putea rezolva două probleme deodată: să anuleze suferinţele bolnavului fără a agrava nici una din cele două afecţiuni asociate. În arteriopatiile aflate în stadiul III şi IV primează tratamentul arteriopatiei şi nu trebuie ezitat, dacă este nevoie să se treacă la intervenţii chirurgicale, chiar şi la cele de revasculare. O asociere frecvent întâlnită este între sindromul postflebitic şi arteriopatia obliterantă, situaţie de asemenea dificil de tratat. În stadiul I şi II al arteriopatiei aceasta este tratată medical, iar pentru sechelele de flebită se aplică contenţie elastică uşoară. Dacă se observă o evoluţie rapidă a claudicaţiei intermitente este indicată simpatectomia, de care pot beneficia şi sechelele de flebită (22).

II. Probleme terapeutice ale varicelor asociate cu arteriopatii

• **Cura chirurgicală** a varicelor nu se face niciodată în arteriopatiile aflate în stadiul III şi IV, precum şi în stadiul II b (după clasificarea lui Fontaine). Dacă necesităţile o cer se va interveni pe varice asociate cu arterite stadiul I şi II, efectuându-se crosectomia sau un stripping scurt, evitându-se intervenţii pe varicele situate la nivelul gambei şi piciorului. Înainte şi după intervenţia pe varice se va efectua un tratament medical al arteriopatiei.

• **Sclerozarea varicelor** la aceşti bolnavi este bine să fie evitată. Se poate interveni prin sclerozări atunci când varicele sunt decompensate, au dus la apariţia unui ulcer varicos, iar tratamentele făcute rămân fără succes. Este recomandat să se sclerozeze numai "vena nutritivă a ulcerului" şi ramurile din jur. Dacă este necesar ca operaţia să se extindă la toate venele, vor fi sclerozate numai cele situate în treimea superioară medie a gambei, evitând 1/3 inferioară (considerată zonă interzisă pentru sclerozări la arteritici). După sclerozare se aplică o contenţie elastică blândă (140).

• **Contenţia elastică** pentru varice se aplică numai în cazul în care se instalează decompensarea venoasă şi există pericolul apariţiei complicaţiilor. Nu se aplică în formele compensate deoarece, aşa cum insistă mai mulţi flebologi, contenţia elastică are o acţiune nocivă asupra circulaţiei. Pentru a evita agravarea unei arteriopatii con-

Scanned with OKEN Scanner

tenţia elastică nu trebuie să depăşească o compresie de 40 mmHg (22). O compresie peste cea amintită mai sus exercită jenă asupra circulaţiei arteriale, accentuând ischemia. Atunci când se procedează la efectuarea contenţiei externe trebuie instruit bolnavul asupra faptului că aceasta trebuie ţinută numai atât timp cât acesta se găseşte în poziţie verticală, trebuind să fie scoasă imediat când bolnavul se găseşte în poziţia şezând sau în clinostatism. Contenţia elastică corect aplicată poate astfel rezolva staza venoasă ce complică uneori o arteriopatie. În urma contenţiei bolnavii simt gambele mai uşoare, edemele nu se mai instalează, durerile se atenuează, iar tulburările trofice cutanate au o evoluţie favorabilă.

• **Medicaţia flebotonică** este recomandată de toţi autorii, acţiunea ei asupra troficităţii capilare făcând-o utilă asupra leziunilor trofice atât la origine arterială, cât şi venoasă. Fiind vorba de leziuni vasculare mixte, care au o evoluţie îndelungată şi se vindecă încet, efectul favorabil al flebotonicelor nu poate fi apreciat decât după mai multe cure efectuate pe o perioadă de mai multe luni.

C. Varicele și obezitatea

Asociaţia dintre varice şi obezitate este frecventă, datele statistice arătând că la 33% dintre bolnavii cu insuficienţă cronică venoasă, ulcere cronice de gambă sau flebite boala se asociază cu obezitate, iar dintre varicoşii simpli 20% sunt obezi. Din activitatea practică se ştie că obezitatea asociată cu un ulcer varicos agravează mult evoluţia acestuia, iar asocierea obezităţii cu varicele simple ridică probleme greu de rezolvat pentru chirurgi. Este de asemenea cunoscut că varicele la marii obezi se decompensează repede, iar elefantiazisul este mult mai frecvent la aceste persoane decât la normoponderali (120).

I. Patogenie

Azi se recunoaşte că obezitatea poate influenţa circulaţia venoasă prin trei mecanisme: modificări ale circulaţiei venoase, modificări ale circulaţiei limfatice, tulburări cardiace.

1. Tulburările circulatorii venoase se instalează la obezi prin interferarea a trei procese:

a) Utilizarea proastă a pompei vasculare musculare, fenomenul fiind produs prin: prezenţă de picior plat sau artroză, sedentarism şi mers dificil. Se ştie că obezii prezintă hipotonie difuză la care, atunci când se instalează şi surplusul ponderal, piciorul plat apare cu o frecvenţă crescută. Din cauza greutăţii obezii fac des artroza genunchiului. La ambele corelaţii musculatura gambei se contractă greu şi eficienţa pompelor musculare scade.

b) Hipotonia generală a obezilor, care interesează şi musculatura netedă a pereţilor varicoşi, reducând întoarcerea venoasă. Scade astfel capacitatea de contracţie a venelor şi în condiţiile de îngreunare a întoarcerii venoase prin depozitele adipoase şi de reducere a eficienţei pompei musculare, sângele se depozitează mai uşor în vene, acestea decompensându-se progresiv (22).

Scanned with OKEN Scanner

c) Îngreunarea circulaţiei de întoarcere se produce şi prin acumulare de grăsime la nivelul abdomenului, aceasta exercitând o compresie asupra circulaţiei din sistemul cav inferior, mai ales la nivelul abdomenului şi al micului bazin. Frecvent obezii fac lipoedem celulitic cu ştergerea pliurilor cutanate din zona rotuliană sau maleolară, unde apar depozite produse prin hipertrofie adipoasă. Alţi obezi fac lipodistrofii ale membrelor inferioare (depozite adipoase de tip pseudotumoral localizate subcutanat, mai ales la nivelul superior al gambei sau la nivelul coapsei), aceste depozite înconjurând venele ca nişte manşete care le împiedică contractilitatea (17, 20).

2. *Tulburările cardio-pulmonare* sunt frecvente la obezi şi au un important rol asupra circulaţiei de întoarcere. Depozitele adipoase abdominale împing în sus cordul şi îl orizontalizează, reducându-i în mod considerabil eficienţa şi posibilitatea adaptării la efort, cu insuficienţă ventriculară dreaptă şi stază secundară în sistemul venei cave inferioare. Pe de altă parte grăsimea se depune şi în zona pericardului, precum şi la nivelul spaţiilor dintre fibrele musculare cardiace (infiltraţia grăsoasă a cordului), reducând mult capacitatea lor contractilă. Dacă mai adăugăm hipotonia fibrelor musculare cardiace, care se datorează hipotoniei generale a obezilor, atunci înţelegem că rolul cordului în edemele de gambă produse de obezitate nu este niciodată de neglijat. Plămânul este şi el influenţat de obezitate, care împinge diafragma în sus, reducând din suprafaţa activă pulmonară. În plus acest depozit de grăsime reduce jocul diafragmatic în inspiraţie şi scade capacitatea de efort a bolnavului. Se produce o încărcare venoasă a plămânului, cu stază, care cu timpul se răsfrânge şi asupra cordului drept. Se ajunge astfel la stază în sistemul cav inferior, stază venoasă periferică, dilatarea venelor şi edeme cronice ale membrelor inferioare (22). Hipoventilaţia pulmonară duce la hipoxie generală, inclusiv a cordului, care face astfel din ce în ce mai greu faţă la eforturi, favorizând staza venoasă.

3. *Alţi factori asociaţi obezităţii* pot favoriza staza venoasă: sedentarismul frecvent întâlnit la obezi (care se mişcă cu dificultate), apariţia de artroze ale genunchilor sau ale articulaţiei coxo-femurale (care fac mersul dificil şi scad eficienţa pompei musculare) etc.

Toţi aceşti factori trebuie cunoscuţi de medicul practician, deoarece planul terapiei elaborat pentru rezolvarea acestor cazuri trebuie să intercepteze toţi factorii patogenetici care contribuie la apariţia stazei.

II. Manifestările clinice ale varicozei la obezi (120)

• Tulburările funcţionale, atât de frecvente în sindromul prevaricos, sunt primele manifestări ale stazei venoase la obezi. Bolnavii încep să se plângă de senzaţie de gambe grele, crampe musculare sau dureri difuze la nivelul gambelor, senzaţie de furnicături, pişcături sau arsură locală, prurit al gambelor sau edeme pasagere.

• Gambele groase ale obezilor (sindromul gambelor groase) se instalează după mai mulţi ani de evoluţie ai primei faze (cu tulburări funcţionale ale circulaţiei de întoarcere). Edemul devine permanent, nu se mai resoarbe în cursul nopţii, ţesuturile subcutanate se infiltrează şi pielea ia aspect de "coajă de portocală". Cu timpul se instalează hipodermita scleroasă, cu tegumentul dur (de tip lemnos), aspru şi hiperpigmentat, uneori cu hiperkeratoză, verucozităţi şi papilomatoză (ca un elefantiazis adevărat).

Scanned with OKEN Scanner

La aceşti bolnavi întâlnim două particularităţi clinice: lipoedemul şi distrofiile lipomatoase.

Lipoedemul sau infiltraţia celulitică se manifestă sub forma unor perniţe de grăsime situate simetric în zonele supramaleolare, având o consistenţă gelatinoasă. Ele cresc uşor în dimensiuni în cursul zilei şi se atenuează spontan în cursul repausului nocturn, în poziţie orizontală, însă nu dispar complet după clinostatism prelungit sau contenţie elastică (120).

Lipodistrofiile membrelor inferioare (dismorfismul grăsos) se localizează mai ales la coapsă pe faţa lor internă ca nişte pseudotumori care deformează zona afectată, deseori împiedicând mersul.

• **Varicele obezilor** îmbracă deseori caractere particulare. Se admite că obezitatea intervine mai ales la varicele ce se dezvoltă între 50 şi 60 de ani (la tineri factorul genetic, sarcina, profesia şi tulburările endocrine). În general la obezi varicele se decompensează repede şi deseori au dimensiuni relativ reduse când se instalează insuficienţa cronică venoasă. Dacă mai adăugăm faptul că depozitele de grăsime subcutanată acoperă cea mai mare parte din pachetele varicoase, atunci înţelegem de ce putem întâlni obezi cu mare suferinţă venoasă, dar la care varicele sunt abia vizibile (22). Uneori este nevoie de examene clinice sau de explorări funcţionale sofisticate pentru ca sub depozitele de grăsime să se pună în evidenţă perforantele de reflux şi varicele secundare acestora, care sunt puţin evidente la un control vizual simplu. Dezvoltarea varicelor şi complicaţiile lor sunt direct proporţionale cu surplusul ponderal. Este cunoscut că la 25% dintre cazuri varicele apar până la 25 de ani, iar la 42% până la 50 de ani. Dintre aceste cazuri 25% au exces ponderal sub 20 kg, 39% au exces de 40 kg, iar 36% au peste 60 kg în plus. S-a demonstrat că la obezii ce au peste 100 kg, tromboflebita are o frecvenţă dublă faţă de normoponderali (22).

Dar obezitatea are importanţă nu numai datorită frecvenţei crescute a complicaţiilor, dar şi prin dificultăţile întâmpinate la vindecarea acestor complicaţii, durata spitalizării fiind mult mai lungă decât la persoanele normale. De asemenea recidivele ulcerelor varicoase la obezi apar după perioade de timp mai scurte decât la normoponderali.

• **Sindromul postflebitic la obezi.** Toţi autorii sunt de acord că tromboflebitele profunde postoperatorii sunt întâlnite de două ori mai frecvent la obezi decât la celelalte persoane. De asemenea, diagnosticul flebitei profunde la obezi se pune mai tardiv decât la persoanele normale, tratamentul este astfel început în stadii avansate ale bolii, iar sechelele sunt mai frecvente şi mai grave (79).

În sechelele de flebită varicele postflebitice sunt mai greu vizibile şi edemul (principala manifestare a decompensării circulaţiei venoase profunde) este deseori confundat cu infiltraţia adipoasă a gambelor. Aşa se explică de ce ulcerele postflebitice apar mai frecvent la obezi. De asemenea, recidivele sunt mai dese şi mai grave la această categorie de bolnavi, datorită deficienţelor ce apar atât la tratamentul chirurgical sau sclerozant al varicelor acestor bolnavi, cât şi imposibilităţii de a aplica o contenţie elastică eficace, gambele acestor bolnavi fiind groase şi deformate, ducând la imposibilitatea aplicării ciorapilor sau a feşelor elastice. Dificultăţile se menţin chiar şi

Scanned with OKEN Scanner

atunci când se face o cură de slăbire corectă: Caille şi colab. (22) au arătat că adipocitele de pe membrele inferioare au capacitatea de a îngloba primele surplusul de grăsime, dar le păstrează cel mai bine după curele de slăbire, grăsimea depusă pe gambe fiind ultima care se resoarbe.

În felul acesta obezitatea este una dintre cele mai dificile probleme pe care le întâmpină flebologul la varicoşi, mai ales la cei cu varice decompensate. După datele clinicii noastre obezitatea se întâlneşte la 54% din cazurile cu ulcere varicoase sau alte manifestări ale dermatitei de stază. S-a constatat că 51% dintre aceşti bolnavi aveau un surplus de 10-11 kg, 22,5% aveau surplus 12-15 kg, 10,1% aveau 16-20 kg mai mult, 8,4% aveau un surplus de 19-20 kg, iar 8,4% aveau un plus peste 20 kg (120).

III. Probleme terapeutice la obezi varicoşi

Primul lucru pe care trebuie să-l facă medicul terapeut este să înceapă o cură de slăbire. Este cunoscut faptul că varicele la obezi sunt rău vizibile şi dificil de abordat pentru cura chirurgicală sau pentru sclerozări, iar contenţia elastică externă se aplică greu şi are o eficienţă scăzută la aceste persoane.

Problema este dificil de rezolvat necesitând mult efort din partea medicilor pentru a putea convinge bolnavul să colaboreze. Rezultatele procedeelor terapeutice sunt strâns legate de succesul curei de slăbire. Din nefericire numai la puţini bolnavi se poate obţine reducerea în greutate dorită de medic, la cea mai mare parte din bolnavi scăderea ponderală după cure prelungite fiind nesemnificative. În felul acesta diferitele metode necesare acestor bolnavi se aplică pe un fond de adipozitate excesivă, condiţii în care rezultatele sunt mai mici decât la martori, iar complicaţiile apar mai des.

Tratamentul cazurilor cu tulburări funcţionale ce apar în prezenţa unor varicozităţi modeste se face cu medicamente flebotonice. Cura durează între 35 şi 45 de zile. Dacă în primele 10-15 zile de tratament nu se observă nici o modificare a simptomatologiei, flebotonicul respectiv este abandonat şi înlocuit cu altul. Ca să se obţină rezultate mai bune la terapia flebotonică se asociază contenţia elastică, în special prin aplicare de feşi şi gimnastică medicală.

Tratamentul chirurgical este cel mai important procedeu terapeutic, dar aplicarea lui rămâne dificilă. Din cauza depozitelor adipoase abordarea varicelor se face greu, mai ales la nivelul gambelor. Cel mai des se efectuează rezecţia crosei safenei însoţită de stripping scurt. Când deja încep să apară tulburările trofice se asociază şi ligatura safenei interne în regiunea supramaleolară. Restul varicelor se tratează prin scleroterapie (120). Mult mai dificil de tratat sunt varicele apărute pe sechele de tromboflebită profundă, unde se impune disecarea şi ligaturarea subaponevrotică a venelor perforante. Intervenţia este puţin agreată de flebologi, majoritatea lor amânând-o până ce bolnavul a făcut o cură de slăbire eficientă. Dacă slăbirea nu e posibilă se face un tratament paliativ prin sclerozări ale perforantelor şi aplicaţii de feşe elastice (80). În fazele avansate hipodermectomie; la cazurile grave liposucţie.

Scleroterapia este şi ea greu de aplicat la obezi datorită faptului că varicele sunt ascunse de grăsime şi nu se poate aprecia corect volumul şi întinderea lor. În felul

Scanned with OKEN Scanner

acesta medicul flebolog nu poate stabili corect concentraţia substanţei sclerozante şi cantitatea de sclerozant eficientă (120, 138).

Metoda este aplicată de specialişti cu experienţă în: varicele anarhice ale obezilor, varicele restante după stripping scurt şi după ligatura venei safene interne, varicele secundare unor perforante de reflux şi care nu pot fi ligaturate, varicele recidivante după cura chirurgicală sau varice ale venelor accesorii neînsoţite de insuficienţa valvulelor ostiale ale celor două safene.

Contenţia elastică externă, care constituie principala metodă de combatere a stazei venoase la varicoşi, este de asemenea dificil de aplicat la persoanele obeze. Ea se aplică la majoritatea cazurilor fie ca principală metodă terapeutică, fie ca metodă complementară după cura chirurgicală sau după sclerozări (124). Deformarea gambelor prin depunerea de grăsime face dificilă aplicarea contenţiei. Ciorapii elastici sunt greu de aplicat şi deseori "fac cute" şi produc leziuni cutanate. Mai eficienţi par a fi ciorapii elastici făcuţi "după măsură", metodă care însă nu poate fi aplicată în ţara noastră. Mai utilă este aplicarea de feşe elastice cu lăţimea de 10 cm, fiind necesare 2 feşe pentru o gambă. Câteodată este necesară o "stoarcere" a gambelor edematiate şi infiltrate după metoda folosită în reducerea elefantiazisului. După ce edemul a fost remis prin metode de reducere a edemelor bolnavul este instruit asupra modului în care trebuie să-şi aplice feşele elastice pentru a menţine rezultatele. Tot acum se prescriu ciorapii elastici, întotdeauna fiind necesari ciorapi forte, de categoria IV sau V. Întotdeauna bolnavul trebuie să fie instruit pentru aplicarea contenţiei permanente, adică toată viaţa (22).

Tratamentul balnear este deosebit de util pentru această categorie de bolnavi, deoarece în staţiuni băile termale se asociază cu gimnastică, plimbări, masaj şi regim dietetic adecvat. Rezultate bune se obţin prin "piscina cu apă termală", metodă care se aplică din ce în ce mai mult în unele ţări (85).

Se trimit la tratament balnear varicoşi obezi care nu au leziuni trofice (în special ulcere varicoase), cei fără insuficienţă cardiacă sau hipertensiune arterială. Sunt indicate aceleaşi staţiuni ca şi în varicele simple.

Igiena vieţii necesită aplicarea cu severitate a unor reguli obligatorii de a căror respectare depinde viitorul bolnavului. În general se recomandă aceleaşi măsuri aplicate la varicoşii simpli la care se adaugă o cură de slăbire ce trebuie respectată timp îndelungat. Se va pune accentul apoi pe gimnastică, sport şi masaj, acestea fiind făcute nu pentru ca persoana respectivă "să se simtă mai în formă", ci pentru a slăbi. Bolnavul va urmări periodic curba ponderală şi va acţiona în aşa fel încât aceasta să fie într-o continuă coborâre. Pentru a obţine aceste rezultate bolnavul va păstra o permanentă legătură cu medicul său, consultând specialiştii nutriţionişti sau endocrinologi, urmărind cu perseverenţă atingerea scopului propus. Dacă nu se iau aceste măsuri, iar obezitatea se va accentua, toate celelalte măsuri vor fi inutile, iar bolnavii vor ajunge în starea de mare insuficienţă venoasă, cu ulceraţii nevindecabile, cu o infirmitate greu de suportat.

Scanned with OKEN Scanner

D. Varicele și bolile reumatismale

Varicele se pot asocia cu diferite afecţiuni reumatismale: gonartroza, guta, poliartrita reumatoidă, degete "în gheară", halux valgus etc.

I. Gonartroza şi varicele

Se recunoaşte de majoritatea autorilor ce s-au ocupat de această problemă că gonartroza este cea mai importantă şi cea mai frecventă afecţiune reumatismală asociată cu varicele. S-au adus o serie de argumente care pledează pentru ipoteza că varicele favorizează apariţia gonartrozei, grăbindu-i evoluţia. Astfel, după datele lui Fontayne (44, 46), varicele sunt întâlnite la 40,7% dintre bolnavii cu gonartroză, iar după Maugeis şi Bourguesdon (15), 48% din gonartroze se asociază cu varice. Alţi autori, cum este Robecchi (22) găsesc această asociaţie numai la 20% dintre artrozici. Oricum ar sta lucrurile, toţi aceşti autori admit că printre factorii care favorizează apariţia artrozei genunchiului se numără şi varicele.

Au fost aduse în favoarea legăturii dintre cele două afecţiuni o serie de argumente:

- tratamentul corect al varicelor sau înlăturarea stazei venoase duce în mod frecvent şi la ameliorarea gonartrozei;
- s-a dovedit că venele care provin din extremitatea distală a tibiei drenează în sistemul venei safene interne. Apariţia stazei la nivelul safenei duce la instalarea stazei şi la nivelul osului, cu toate consecinţele ei. Aceste date au fost confirmate prin studii diferite:

- creşteri ale presiunii venoase intraosoase la cazurile de artroză însoţită de stază venoasă;

- flebografiile intraosoase au arătat dilataţii ale sistemului venos al osului la aceste cazuri;

- studii oximetrice arată prezenţa stazei intraosoase la varicoşi;

- ocluzia venelor periferice duce la creşterea brutală a presiunii venoase intraosoase (Hirohiko Azuma);

- cercetările experimentale ale lui Wallenberg, care a provocat stază venoasă la nivelul articulaţiei, au arătat că aceasta duce la modificări osoase şi articulare asemănătoare celor din gonartroză (120);

- studii ale vasomotricităţii, ale temperaturii cutanate şi intraarticulare au dovedit că staza venoasă la nivelul osului duce la diminuarea circulaţiei intraarticulare.

Corelaţia varice-gonartroză îmbracă mai multe aspecte particulare. Astfel, se constată că bolnavii cu gonartroză şi varice consultă mult mai frecvent serviciile de reumatologie (unde frecvenţa asociaţiei ajunge la 46-54,2% din cazuri), fiind mai rar întâlniţi în serviciile de flebologie (unde asociaţia se întâlneşte după Reinharez la 12%). S-a constatat că dacă varicele simple predomină în mod covârşitor la femei, asociaţia varice-gonartroză este mai frecventă la bărbaţi (54% din cazuri). La varicoşi gonartroza este unilaterală la 88% din cazuri şi bilaterală la 12% din cazuri (120). La toate cazurile unde gonartroza este unilaterală pe membrul inferior respectiv se întâlnesc şi varice.

Scanned with OKEN Scanner

Varicele însoţite de gonartroză au următoarea etiologie: 18% sunt de natură genetică, 22% au apărut după naştere, 24% erau de origine postflebitică, iar restul erau provocate de factori profesionali. Pe de altă parte ortostatismul static prelungit şi eforturile fizice constituie factorul principal de agravare în apariţia gonartrozei, fiind întâlnit de Reinharez (120) la 83% din cazuri.

Alţi factori care mai intervin:

- Factori endocrini care sunt frecvent asociaţi celorlalte cauze. Obezitatea grăbeşte instalarea gonartrozei şi îi agravează evoluţia. Se constată că 21% din gonartrozele varicoşilor se asociază cu obezitatea. Menopauza este de asemenea un factor important ce favorizează apariţia bolii, 78% din cazurile apărute la femei evoluând odată cu instalarea menopauzei.

- Alte afecţiuni osoase şi articulare grăbesc instalarea gonartrozei: 56% au picior plat, 22% suferă de tarsalgii, 2% tulburări ale articulaţiei coxofemurale, iar alţii suferă de laxitate articulară.

II. Probleme terapeutice

Asocierea varicelor cu gonartroza ridică probleme terapeutice particulare. Reinharez (106) arată că aceşti bolnavi se pot împărţi în trei categorii:

- unii la care fenomenele articulare cedează la un simplu tratament antiinflamator;

- o parte unde fenomenele articulare dispar după tratamentul varicelor;

- o a treia categorie unde fenomenele articulare nu cedează decât după un tratament mixt: antiinflamatorii nesteroidiene şi tratamentul varicelor.

Din această cauză este bine ca în prezenţa acestor asociaţii să se înceapă cu un tratament al gonartrozei. Numai dacă fenomenele articulare nu cedează la tratamentul antireumatic se va trece la tratamentul varicelor.

• Tratamentul antireumatismal singur dă rezultate favorabile şi ameliorări la 12% din cazuri.

• Tratamentul flebologic dă, după Reinharez (105), rezultate favorabile la 59% din cazuri, la 20% eşecuri totale şi la restul ameliorări. La 17% din cazurile tratate cu succes după întreruperea tratamentului flebologic au apărut recidive.

• Tratamentul mixt (antireumatismal şi flebologic) dă rezultate bune la 80% din cazuri, la restul simptomatologia rămânând neschimbată.

III. Tratamentul flebologic în gonartroze

• Medicaţia flebotonică nu duce la ameliorarea suferinţei articulare decât în 15% din cazuri, influenţând în primul rând durerea şi în al doilea rând rigiditatea articulară;

• Medicaţia limfotonică (Esberiven, Endotelon), recomandată în formele însoţite de edeme, dă rezultate la 14% din cazuri (20).

• Cura chirurgicală a varicelor, indicată la cazurile cu varice mari cu insuficienţă valvulară ostială este o metodă terapeutică cu mare eficienţă. Acolo unde există perforante de reflux în 1/3 superioară a gambei şi varice secundare se va avea în ve-

Scanned with OKEN Scanner

dere descoperirea şi ligatura lor subaponevrotică. Dacă mai rămân pachete varicoase se va proceda la sclerozarea lor. Rezultatele sunt deseori spectaculoase, durerile dispărând a doua zi după intervenţie.

• Scleroterapia este o metodă la fel de utilă, deoarece dă rezultate la fel de bune ca ablaţia chirurgicală. După Reinharez (120), la jumătate din cazuri, dacă scleroza se începe cu varicele situate în jurul genunchiului, durerile dispar în primele 24-48 de ore după prima injecţie. La restul de 50% se obţin ameliorări după 3-4 sclerozări. Nu se observă nici o legătură între calitatea sclerozantului, cantitatea de substanţă utilizată şi rezultate. S-a constatat că recidivele varicelor apar la 12% din cazuri. Reluarea sclerozării la această categorie de bolnavi nu a dus la ameliorarea gonartrozei decât la jumătate din cazuri (141).

• Contenţia elastică externă este recomandată la toate cazurile. Ea poate constitui singura metodă terapeutică (dând rezultate remarcabile), mai ales dacă se asociază tratamentului chirurgical. Scleroterapia pregăteşte bolnavul pentru intervenţie, consolidează rezultatele obţinute prin aceste metode şi mai ales previne apariţia recidivelor.

• Tratamentul balnear nu este indicat la aceşti bolnavi deoarece băile reci indicate pentru varice agravează evoluţia gonartrozei, iar băile calde indicate pentru artroză duc la evoluţia nefavorabilă a varicelor şi la apariţia complicaţiilor.

Ameliorarea gonartrozei prin tratament flebologic a fost confirmată de toţi autorii care s-au ocupat de această problemă. Acest fapt a confirmat de altfel ipoteza că insuficienţa venoasă poate fi considerată unul din factorii ce concură la apariţia şi agravarea gonartrozei alături de obezitate, tulburări endocrine, microtraumatisme, picior plat, ortostatism, vârstă etc. Acest lucru trebuie să stea în atenţia reumatologilor, mai ales la cazurile care nu răspund la tratamentul reumatic, se agravează progresiv sau recidivează prea repede.

E. Varicele şi chistul popliteu (pseudoflebita)

Alături de sinoviala principală, la nivelul genunchiului şi în jurul articulaţiei genunchiului există mai multe burse seroase, acestea fiind mai importante în zona de implantare a muşchilor flexori ai gambei, adică în regiunea poplitee. Aceste burse pot constitui sediul unor revărsate seroase care se însoţesc de diverse simptome locale. Uneori aceste cavităţi sinoviale comunică printr-un mic orificiu cu cavitatea articulară principală, ridicând astfel probleme dificile de tratament. În felul acesta putem avea hidrartroza izolată a genunchiului (lichid în cavitatea articulară principală), chist al bursei poplitee (chist popliteu adevărat) sau diferite asociaţii între aceste stări morbide (22).

I. Manifestări clinice în chistul popliteu

Debutează prin durere de tip acut, localizată în partea posterioară a genunchiului. Se asociază o tumefacţie albă, neinflamatorie, care se întinde pe partea posterioară a gambei, din treimea ei superioară până în zona poplitee, fără a depăşi însă interlinia

Scanned with OKEN Scanner

articulaţiei piciorului. Palparea formaţiunii pledează pentru prezenţa de lichid în interiorul ei. Şocul rotulian este prezent.

Tumefacţia locală în prezenţa varicelor poate duce la confuzie cu o tromboflebită profundă, însă dacă sunt căutate cu grijă, toate semnele acestei boli sunt negative (22).

Boala poate evolua independent sau apare secundar unei gonartroze sau unei artrite reumatismale. Nu este însă provocată de varice. Tratamentul chistului (puncţie evacuatorie urmată de infiltraţie cu corticosteroizi sau cură chirurgicală) nu trebuie să fie în mod obligatoriu asociat cu cel al varicelor. Asociaţia celor două boli ridică numai probleme de diagnostic diferenţial. Această problemă se pune mai ales în cazul rupturii chistului popliteu. În această situaţie durerea din zona poplitee dispare brusc, în timp ce apare brusc o durere vie în zona moletului, cu tumefacţia difuză a gambei, aceasta putând căpăta un aspect inflamator (pseudoflebită). Problema diferenţierii de o flebită profundă se ridică la toate aceste cazuri, necesitând un examen atent al bolnavului şi o cunoaştere perfectă a problemei. Toate fenomenele cedează în câteva zile la medicaţia antiinflamatorie, uneori chiar în mod spontan.

II. Varicele şi ruptura sinovialei genunchiului

Este vorba de un accident relativ rar, care apare drept o complicaţie a unei sinovite reumatoide, după cel puţin 6 luni de evoluţie. Ruptura se produce cu ocazia unui efort muscular care a pus sub tensiune articulaţia şi a crescut tensiunea la nivelul lichidului intraarticular (120). Se manifestă printr-o durere bruscă ce se instalează în partea posterioară a genunchiului şi prin tumefierea gambei. şocul rotulian dispare. Dacă bolnavul ştia că prezintă hidrartroză diagnosticul este mai uşor, dar în cazul în care ignora că suferă de această boală numai artrografia poate lămuri diagnosticul. Confundarea cu o flebită profundă trebuie avută întotdeauna în vedere şi diagnosticul diferenţial va fi făcut cu multă atenţie (22).

Tratamentul constă în repaus (cu genunchiul în semiflexie), puncţie pentru evacuarea lichidului şi injectarea de corticoizi, cură de antiinflamatorii nesteroidiene şi tratamentul chirurgical (sinovectomie). Tratamentul varicelor nu intră în discuţie decât atunci când hidrartroza a fost secundară unei gonartroze.

III. Varicele şi edemele din poliartrita reumatoidă

Uneori poliartrita reumatoidă se însoţeşte de edeme segmentare ale membrelor inferioare. Întotdeauna edemele apar la membrul care are atinsă şi o articulaţie de poliartrită şi se află în puseu evolutiv. Mecanismul prin care apare un edem este discutabil, deoarece studii flebologice şi limfografice au demonstrat că atât venele cât şi limfaticele nu sunt afectate. După ultimele cercetări se pare că s-ar datora jenării circulaţiei limfatice printr-un mecanism a cărei intimitate ne scapă. Această formă clinică este cunoscută şi sub numele de "poliartrită cu edem". Prezenţa de varice la unele cazuri face ca de la început să se facă legătura între varice şi edem, căutându-se diferite explicaţii patogenetice şi soluţii terapeutice (120). În realitate tratamentul insuficienţei venoase nu influenţează acest edem, el resorbindu-se încet pe măsură ce poliartrita cedează la diferite scheme terapeutice.

Scanned with OKEN Scanner

F. Varicele şi sindromul premenstrual

I. Definiţie

Prin sindrom premenstrual se înţelege un complex simptomatic ce apare cu câteva zile înaintea menstruaţiei şi care dispare spontan din prima zi a menstrei. Fenomenul apare lună de lună, constituind pentru unele femei o adevărată infirmitate. După Vieville (145) boala se întâlneşte la 36-40% din femei apărând, în cazul formelor uşoare, cu 2-4 zile înainte de ciclu, cu 7-8 zile în cazul formelor mijlocii şi cu 14 zile în formele grave. Deseori se asociază cu varice şi la aceste cazuri simptomele se răsfrâng şi asupra varicelor, a căror simptomatologie se agravează în aşa fel încât li se poate atribui varicelor rolul de factor cauzal al acestei tulburări, uneori luându-se şi unele măsuri terapeutice în această direcţie.

II. Manifestări clinice

Sindromul se manifestă prin două categorii de simptome: unele care interesează sfera genitală şi micul bazin, altele care interesează circulaţia venoasă a membrelor inferioare.

Simptomele legate de sfera genitală sunt următoarele (145):

- congestii şi dureri mamare, întâlnite la 50% dintre cazuri;
- dureri şi balonări abdominale, uneori însoţite şi de vărsături, prezente la 36% din cazuri;
- dureri pelvine însoţite de disurie, găsite la 20% din cazuri;
- herpes recidivant, retenţie hidrică, dureri osteo-articulare, manifestări alergice, sunt mai rar întâlnite.

Simptomele ce interesează circulaţia de întoarcere sunt mai frecvente şi mai intense la persoanele cu varice, varicozităţi şi sindrom prevaricos. La aceste persoane odată cu simptomele de mai sus apar:

- senzaţia de gambe grele, gambe de plumb sau greutate în gambe, întâlnită la 61% din cazuri şi fiind mai intensă după ortostatism prelungit sau expunere la temperaturi ridicate (uneori fiind însoţite de edeme maleolare prelungite;
- flebalgii sau flebodinii, manifestate prin dureri chinuitoare şi persistente localizate pe traiectul venelor dilatate şi prezente la 47% din cazuri;
- crampe situate la nivelul gambelor, apărute mai ales în cursul nopţii şi prezente la 14% din cazuri;
- alte manifestări flebologice: turgescenţe pasagere ale venelor superficiale, edeme maleolare tranzitorii, parestezii la nivelul gambelor, prurit situat pe traiectul venelor, sindromul picioarelor neliniştite nocturn etc., se întâlnesc la 42% din cazuri.

Caracterele acestor simptome sunt asemănătoare cu cele din sindromul prevaricos, de care se deosebesc prin două caractere particulare:

1. manifestările clinice sunt absente între menstre, ele apărând numai în perioada premenstruală (situaţie întâlnită la 38% din cazuri);

Scanned with OKEN Scanner

2. fenomenele flebologice sunt permanente, dar au în afara menstrei o mică intensitate, suferind o netă exacerbare odată cu perioada premenstruală, fenomen întâlnit la 61,7% din cazuri.

La examenul clinic din punct de vedere flebologic întâlnim la aceste grupe de bolnavi următoarea situaţie: varice adevărate aflate în stadii avansate de evoluţie la 8,5% din cazuri; varice de dimensiuni mici şi mijlocii la 28,5%, varicozităţi intermediare, telangiectazii şi "labe de gâscă" la 21,5% din cazuri, iar la 41,5% din aceste cazuri absenţa oricăror dilataţii varicoase (148).

III. Mecanisme patogenice

Se admite că simptomatologia sindromului premenstrual se datorează unei insuficienţe de corp galben, cu secreţia crescută de estrogeni care modifică astfel echilibrul natural dintre estrogeni şi progesteron. Datorită excesului de foliculină se produce retenţia de apă, apare o creştere a permeabilităţii capilare, formarea de edeme maleolare, crampe, dureri difuze şi senzaţia de gambe grele.

IV. Tratament

Tratamentul este complex, el trebuind să intercepteze multe laturi ale mecanismului patogenic: dezechilibru hormonal, modificările circulaţiei venoase, retenţia de lichide, labilitatea nervoasă etc.

Tratamentul hormonal are drept scop neutralizarea excesului de foliculină şi se realizează prin: testosteron, progesteron sau prin progestative de sinteză.

În prima parte a ciclului se administrează testosteron, iar dacă simptomatologia se extinde şi asupra părţii a doua a ciclului se asociază injecţii cu progesteron (preparatul Lutestan sau alte preparate similare). La cazurile unde dezechilibrul hormonal se produce prin insuficienţă progesteronică se administrează numai progesteron.

Tratamentul cu flebotonice este întotdeauna asociat, în felul acesta simptomatologia fiind mai uşor atenuată. Experienţa unor flebologi în această privinţă este concludentă (145). După o cură de flebotonice simptomele supărătoare de la nivelul membrelor inferioare dispar la 45% din cazuri, se ameliorează în mod evident la 18,5% şi dispar numai parţial la 36,5% din cazuri. Cu cât simptomele venoase sunt mai accentuate, cu atât cura de flebotonice dă rezultate mai bune. Astfel, în formele cu turgescenţă a venelor, flebodinie şi edeme maleolare, rezultatele favorabile se obţin la 75-83,5% din cazuri (14). Sunt autori care prescriu tratament preventiv cu flebotonice la aceste persoane, 20 de zile pe lună.

Tratamentul diuretic are drept scop combaterea retenţiei de apă secundară tulburărilor hormonale şi permeabilităţii capilare crescute. Este indicată medicaţia diuretică mai ales în cazurile cu edeme maleolare, cu cefalee, congestie a pachetelor varicoase sau flebalgii.

Medicaţia neurosedativă este întotdeauna utilă, sindromul apărând pe fondul unui dezechilibru neurovegetativ important. Sunt utile în primul rând medicamentele neuroleptice (Tioridazin, Romtiazin, Haloperidol, Majeptil, Neuleptil etc.). Medicaţia tranchilizantă poate fi de asemenea utilizată cu succes (Diazepam, Hidroxizin,

Scanned with OKEN Scanner

Meprobamat, Napoton, Rudotel etc.). Uneori bolnavii beneficiază şi de medicamente sedative (Bromoval, bromură de calciu, Distonocalm etc.).

G. Sindromul congestiei venoase pelviene

Venele zonei pelvine provin din venele hipogastrice şi din iliacele interne. Ele sunt vene avalvulate şi în anumite condiţii pot deveni varicoase. Examenele moderne: flebografii transuterine, celioscopia, ecografia şi examenul Doppler în culori au demonstrat apariţia de ectazii venoase şi la acest nivel, în special situate în spaţiul din jurul uterului (125). Aceste venectazii pot să fie primitive sau secundare unor procese de compresie loco-regională. Ele pot fi evidenţiate prin eco-Doppler transvaginal în culori.

Varicele pelviene esenţiale au aceeaşi cauză cu restul varicelor (ereditate, sarcină, ortostatism static, exces ponderal, constipaţie etc.). Se asociază frecvent cu disfuncţii ovariene (98).

Varicele pelviene secundare apar în mai multe circumstanţe. Frecvent compresia este exercitată de un uter retroflectat. Alt factor este fibroza postinflamatorie (sechele după anexite, sechele după infecţii apendiculare, după tromboze ce apar după avorturi septice etc.).

Manifestări clinice

Durerea pelvină difuză care apare dimineaţa şi se accentuează spre seară. Efortul, ortostatismul şi mersul o amplifică. Dispareunia profundă apare la 50% din cazuri şi are localizare în fundul de sac Douglas. Dismenoreea se manifestă mai ales în perioada premenstruală. Tulburări urinare şi rectale (disurie, polakiurie, tenesme anale şi constipaţie). Bolnavii au astenie şi stări depresive. Examenul ginecologic arată un uter voluminos, congestiv şi dureros (103).

Tratamentul cu flebotonice ameliorează mult simptomatologia la 70% din cazuri. Asocierea de antiinflamatorii creşte numărul de rezultate pozitive (75).

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

Date sumare privind anatomia și fiziologia sistemului venos al membrelor inferioare

1. *Bollinger A., Len A.J., VASA 1991, 20, 252.*
2. *Buţiu O., Tudor St., Insuficienţa venoasă periferică, Ed. Academiei 1988.*
3. *Caille P. (sub redacţia), Phlébologie en pratique quotidienne, Ed. Exp. Scien. Franc. 1982.*
4. *Chandry H.J. şi colab., Phlébologie, 1997, 12, 513.*
5. *Cleyes R. şi colab., Phlébologie, 1993, 44, 2.*
6. *Ignat P., Chirurgia sistemului venos al membrelor inferioare, Ed. Academiei 1985.*
7. *Kappert A., Atlas d'Angeiologie, Ed. Masson 1985.*
8. *Juhan A., Phlébologie, 1999, 52, 6, 421.*
9. *Perrin M., Phlébologie, 1997, 50, 699.*
10. *Popa D. Pop I., Patologia sistemului cav inferior, Ed. Medicală 1975.*
11. *Ramelet A.A., Monti M., Phlébologie, Ed. Masson 1999.*
12. *Remacle J. şi colab., Phlébologie, 1991, 45, 1, 23.*
13. *Skurr H.J., Smith C.P., Phlébologie, 1993, 46, 2, 209.*
14. *Tournay R. (sub redacţia), La sclerose des varices, Ed. Exp. Scient. Franc. 1985.*

Varicele simple și Varicele asociate

1. *Abenheim M.D., Kurz X. Angiology, 1997; 48: 1-5.*
2. *Babilliot F., Escalier-Hubert M. Phlebologie, 1977; 30: 1-113.*
3. *Babilliot F., Escalier-Hubert M. La Vie Medicale, 1980; 22: 1767.*
4. *Bădănoiu Al., Bucur Gh. Dermatovenerologia, 1969; 3: 195.*
5. *Bassi G. Phlebologie, 1976; 29: 4-359.*
6. *Bassi G. Phlebologie, 1977; 30: 1-3.*
7. *Bastide E. şi colab. Arteres et Veines, 1990; 9: 403.*
8. *Benoit R. Medicine et Hygiene, 1988; 46: 221.*
9. *Blanchemaison Ph. Phlebologie, 1995; 48: 2-283.*
10. *Billinger A., Leu A.J. VASA, 1991, 20: 252.*
11. *Berschberg B. Prevalence of varicose veins in the lower extremity – Karger, Basel, 1967.*
12. *Bosanquet W. Phlebologie, 1992, supl. 1, 44.*
13. *Bonchet A. Phlebologie, 1999 (special issue); 52: 17.*
14. *Brendel B. Phlebologie, 1973; 31: 4-437.*
15. *Brunner U. şi colab. Phlebologie, 1979; 26: 2-129*

Scanned with OKEN Scanner

16. Bucur Gh. Dermato-Venerologia, 1981; 2: 111.
17. Bucur Gh., Trifu P., Cizmaru-Arghir O. Dermato-Venerologia, 1986; 1-23.
18. Bucur Gh. Dermato-Venerologia, 1972; 2:129.
19. Bucur Gh. Al IV-lea Congres Naţional de Dermatologie, 1980; 32.
20. Bucur Gh., Porojan I. Dermatovenerologia, 1979; 1: 7.
21. Cailan M.F. şi colab. British Med. Jour., 1985; 290: 1855.
22. Caille P. (sub redacţia). Phlebologie en practique quotidiene. Exp. Scien. Franc., 1982.
23. Compaert H., Van der Molen R.H. Phlebologie, 1978; 31: 3-53.
24. Carpentier P., Franco A. Gaz. Med. France, 1981; 88: 16-145.
25. Carpentier P. Jour. Malad.Vasc., 1994; 52: 1-37.
26. Churlot A., Leroy A. Angeiologie, 1978; 6: 329.
27. Chardeneau M.Z. Phlebologie, 1999; 52: 1-37.
28. Cojet M.F. Phlebologie, 1989; 42: 2-259.
29. Canu-Thenard A. Phlebologie, 1986; 97:327.
30. Canu-Thenard A. Phlebologie, 1995; 48:2-213.
31. Da Silva A. şi colab. Phlebologie, 1987; 40:4-931.
32. Davy A. Phlebologie, 1986; 39:2-341.
33. Demerciere F., Lambert D. Jour. Med. Lyon, 1980; 61:77.
34. Destaing F., Lambert D. Angeiologie, 1972; 6:26.
35. Dumitriu R., Bucur Gh. Conf. Dermat. Iaşi, 1968.
36. Dormandy Z.A. Angiology, 1977; 48:159.
37. Elbaz P., Ostonne P.Y. Rev. Pratic., 1988; 30:7.
38. Ulbaz P. Phlebologie, 1985; 38:451.
39. Faivre R. şi colab. Therapie, 1988; 43:183.
40. Faivre R. şi colab. Ann. Med. Int., 1983; 134-702.
41. Fayolle F., Rouhani R. Bull. Dermat. Lyph., 1963; 70:4-560.
42. Feier V. şi colab. Dermato-Venerologie, 1983; 4:299
43. Follereau F. Phlebologie, 1976; 19:1-167.
44. Fontayne E. Phlebologie, 1990; 43:1-167.
45. Fontayne E. Phlebologie, 1974; 24:4-499.
46. Fowkes R.G.F. Phlebologie, 1999; 52:4-377.
47. Fragrell B. VASA, 1982; 25:11-101.
48. Frilleux C., Pillot-Bienayme P. Rev. Pratic., 1970; 13-1999.
49. Gabin P.F., Patucol P. Phlebologie, 1999; 52:2-191.
50. Garde C. şi colab. Phlebologie, 1995; 48:2-197.
51. Gerson L. Angiology, 1985; 37:3-125.
52. Gerson L. Angiology, 1990; 2:61.

Scanned with OKEN Scanner

53. *Ghiţescu T. Afecţiuni vasculare periferice. Ed. Medicală, 1975.*
54. *Goodfield P.F. Jour. Amer. Ac. Dermat., 1988; 18:1084.*
55. *Griton P. şi colab. Phlebologie, 1987; 40:4-923.*
56. *Guilhonf F. şi colab. Angiology, 1997; 48:77.*
57. *Gueux F.F. şi colab. Phlebologie 1998; 51:4-393.*
58. *Hadfield F.G. Phlebologie, 1981; 1-295.*
59. *Handfield F.G. Phlebologie, 1982; 1:195.*
60. *Haeger K. VASA, 1972; 1:1-62.*
61. *Heyning-Meier Van der. Phlebologie, 1990; 1-3.*
62. *Hobbs F.F. Phlebologie, 1981; 34:3-445.*
63. *Holm H.A.L. Acta Med. Scandinavica, 1984; 216:460.*
64. *Hansset E. Rev. Med. Int., 1984; 5:3-189.*
65. *Hull R.D. şi colab. New Engl. Jour. Med., 1986; 315:1109.*
66. *Hull R.D. şi colab. New Engl. Jur. Med. 1992; 316:975.*
67. *Husiez C. şi colab. Rev. Practic, 1960; 15:1619.*
68. *Ignat P. Chirurgia sistemului venos al membrelor inferioare. Ed. Academiei, 1985.*
69. *Jaeger A. şi colab. Therapie, 1980; 35:6-733.*
70. *Juhan A. Phlebologie, 1999; 52:4-421.*
71. *Kappert A. Zbl. Therapie, 1974; 2-71.*
72. *Kappert A. Atlas d'Angeiologie. Ed. Masson, Paris, 1972.*
73. *Kluken N. Phlebologie, 1987; 40:3-583.*
74. *Krieg E. Phlebologie, 1970; 4:311.*
75. *Langeron R. Phlebologie, 1974; 27:4-463.*
76. *Langeron R. Arteres et Veines, 1990; 9:415.*
77. *Laurent R., Gilly R., Frilleux C. Angiology, 1988; 7 (Suppl.2/39).*
78. *Mallol E.Q., Bellindo E. Phlebologie, 1978; 31:2-157.*
79. *Mangiolli E.L. Phlebologie, 1974; 27:4-509.*
80. *Marmasse F. Phlebologie, 1970; 30:1-15.*
81. *Martinet D.F. Le traitement des maladies veineuses des membres inferieurs. Ed. Masson, Paris, 1965.*
82. *Martinet D.F. Angiology, 1973; 3:103.*
83. *Megrat G. Phlebologie, 1985; 36:2-203.*
84. *Mellot S.F. Phlebologie, 1981; 34:3-469.*
85. *Merlen F. Phlebologie, 1975; 28:4.*
86. *Merlen F. Phlebologie, 1977; 30:2-127.*
87. *Mersplede B. Phlebologie, 1987; 40:809.*
88. *Muller C. Phlebologie, 1980; 32:2-345.*
89. *Mulstone L.M. şi colab. Arch. Dermat., 1983; 119:963.*

Scanned with OKEN Scanner

90. Nabbe F., Gun A. Lancet, 1972; 1-7763.
91. Nabatoff P. Surg. Gynecol. Obstr., 1979; 149-49.
92. Natali F. Presse Med., 1965; 70:40-2259.
93. Occelli R., Langle L. Rev. Pratic., 1970; 13:169.
94. Oliver R. Mediteran Med., 1978; 172:47.
95. Ouvry P. Phlebologie, 1987; 40:4-939.
96. Owens S.W.C. şi colab. British Jour. Dermat., 1981; 105:467.
97. Patel D. Angeiologie, 1978; 30:2-97.
98. Peresa N. Phlebologie, 1987; 40:4-1029.
99. Perrin M. Phlebology, 1997; 50-699.
100. Perrin A. şi colab. Phlebologie, 1999; 52:11-91.
101. Pinto-Ribeiro A. Phlebologie, 1977; 27:4-533.
102. Popa D., Pop S. Patologia sistemului cav inferior. Ed. Medicală, 1973.
103. Psilluxes M. F. şi colab. L'Hopital, 1970; 77:1-115.
104. Raby C., Griton P. Phlebologie, 1974; 27:2-129.
105. Ramlet A., Monti M. Phlebologie. Ed. Masson, 1999.
106. Raso M.A. Angeiologie, 179; 31:7-303.
107. Reale L. Phlebologie, 1981; 38:9-563.
108. Reinharez D. Phlebologie, 1977; 30:3-233.
109. Reinharez D. Phlebologie, 1978; 31:2-69.
110. Remack F. şi colab. Phlebologie, 1991; 45:1-33.
111. Ruckley C.V. Angeiology, 1997; 48:1-67.
112. Rudzki E., Baranovska D. Dermatologica, 1974; 148:353.
113. Sabatini F., Franciosi A. Giorn. Ital. Dermatol., 1975; 148:353.
114. Sapin G. Phlebologie, 1986; 39:2-337.
115. Sehadeck M. Phlebologie, 1996; 49:4-413.
116. Schweiger H., Radofsky G. VASA, 1981; 10:1-41.â
117. Schild D.A. şi colab. British Jour. Surg., 1994; 81:10-1095.
118. Serradimigni A. Bull Acad. Nat. Med. (Paris), 1988; 172:3-355.
119. Siedowsky M. şi colab. Phlebologie, 1999; 52:2-215.
120. Sicard P. Phlebologie, 1976; 29:3-205.
121. Sigg K., Wupperman T. Munch. Med. Wsch., 1970; 112:10-415.
122. Simon L., Cluzan R. Les grosser jambes. Ed. Masson, 1983.
123. Skurr H.J., Smith C.P. Phlebology, 1993; 46:2-209.
124. Stemmer R. Phlebologie, 1984; 37:121.
125. Stevens E., Ball A. Excerpta Medica, 1965, XIII; 19:4-239.
126. Strichtvander F. Phlebologia, 1991; 44:2-367
127. Stricht van der F. Phlebologie, 1995; 48:2:185.

Scanned with OKEN Scanner

128. Stricht van der F. Phlebologie, 1982; 1:301.
129. Suchy T., Reek C. Phlebologie, 1979; 32:4:415
130. Tănase V. Dermato-Venerologia, 1979; 4:303
131. Tănase V. Viaţa Medicală, 1985; 32:12-541.
132. Thiry L. Phlebologie, 1985; 41:3-624.
133. Thiry L. Phlebologie, 1980; 33:2-287.
134. Thiry L. Phlebologie, 1980; 33:2-271.
135. Tibbs F.H., Fletcher W.E. Phlebologie, 1982; 1-43.
136. Tibbs F.H. Phlebologie, 1985; 4:129.
137. Thulisius O. Phlebologie, 1995; 48:132.
138. Tomb R., Foussereau F. Angeiologie, 1986; 38:6-207.
139. Tournay R. Falio Angiologica, 1977; 25:177.
140. Tournay R. Phlebologie, 1985; 38:9-563.
141. Tournay R. Phlebologie, 1985; 3:1-1681.
142. Tournay R. (sub redacţia). La sclerose des varices Ed. Exp. Scien. Paris, 1975.
143. Tragit C. Phlebologie, 1977; 30:3-327.
144. Traisac B., Sagardy B. Bordeaux Med., 1986; 19:127.
145. Vieville R. Rev. Praticien, 1970; 13, 2037.
146. Vieville R. Phlebologie, 1972; 1-46.
147. Villemur B. şi colab. Phlebologie, 1995; 48:2-197.
148. Vin F. La Vie Medic., 1986; 14:689.
149. Vin F. Phlebologie, 1987; 40:3-613.
150. Wallois R. Phlebologie, 1987; 40:3629.
151. Wallois R. Phlebologie, 1978; 31:4-455.
152. Wallois R. Phlebologie, 1977; 30:1-29.
153. Wallois R. Phlebologie, 1974; 27:3-251.
154. Weber F. Phlebologie, 1998; 51:4-415.
155. Zuccarelli F. Phlebologie, 1977; 30:3-323.
156. 14th World Congress of the Union International de Phlebologie – Roma, 9-14 Sept. 2001.
157. 20th World Congress of the Union International de Phlebologie – Londra, Sept. 1995.
158. 16th International Congress of Lymphology. Madrid, Sept. 1997.
159. 20th Europeen Conference of Microcirculation, Paris, August 1998.
160. European Congress of the Union International de Phlebologie – Bremen, Germany, Sept, 1999.
161. Medicographia 2000; 22:3.
162. Phlebologie – Special issue. (The Short Saphenons Vein), 1999.
163. International Venous Digest, vol. IV, nr. 33, 1998.
164. Angeology 2000; 51:31.

Scanned with OKEN Scanner

Varice ale venei safene interne

Foto 1

Coroana flebectazică paraplantară postflebitică

Foto 2

Edeme vesperale postflebitice

Foto 3

Scanned with OKEN Scanner

detralex®

micronizat

Fracție flavonoidică purificată, micronizată

Formă micronizată și mod complet de acțiune pentru eficacitate clinică maximă

FLEBOTROPICUL Nr. 1 MONDIAL

Prezentare și compoziție: cutii cu 30 tablete. Fracție flavonoidică micronizată 500 mg: 450 mg diosmină, 50 mg hesperidină. **Proprietăți terapeutice:** Protector vascular și venotonic. Detralex 500 mg acționează asupra sistemului vascular de retur, reduce tendința de distensie venoasă și staza venoasă; în microcirculație: normalizează permeabilitatea capilară și mărește rezistența capilară. **Indicații terapeutice:** Insuficiență venoasă cronică organică și idiopatică a membrelor inferioare cu următoarele simptome: greutate în picioare, durere, crampe nocturne. Tratarea hemoroizilor și a crizelor hemoroidale acute. **Efecte secundare:** au fost semnalate unele cazuri de tulburări gastrointestinale și neurovegetative minore care nu necesită întreruperea tratamentului. **Interacțiuni medicamentoase:** Nici una. **Precauții:** *Sarcină:* studiile experimentale pe animale nu au demonstrat nici un efect teratogen și până în prezent nu s-au semnalat efecte dăunătoare la om. *Alăptare:* în absența unor date privind difuzarea Detralexului în laptele matern, alăptarea nu este recomandată în timpul tratamentului. **Contraindicații:** Nici una. **Dozare și administrare:** *În bolile venoase:* 2 tablete pe zi. *În crizele hemoroidale acute:* doza poate fi mărită până la 6 tablete pe zi.

Insuficiența venoasă cronică:

2 tablete zilnic

Boala hemoroidală:

până la 6 tablete zilnic

Les Laboratoires Servier
Reprezentanța pentru România - OPERA CENTER II
Str. Dr. Nicolae Staicovici, nr. 2, Sector 5, București
Tel.: 021-402.09.11; Fax: 021-402.09.15

SERVIER

Scanned with OKEN Scanner

ISBN: 973-9394-95-7
973-9394-96-5

Scanned with OKEN Scanner